

Annamari Ruutiainen

POTILAAN TULOTILANNE AKUUTTIPSYKIATRIAN
OSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma
2016

POTILAAN TULOTILANNE AKUUTTIPSYKIATRIAN OSASTOLLA

Ruutiainen, Annamari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Helmikuu 2016
Ohjaaja: Pirilä, Ritva
Sivumäärä: 45
Liitteitä: 5

Asiasanat: tulotilanne, hoitosuunnitelma, osallisuus, tiedonsaanti

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia tulotilanteesta akuuttipsykiatrian osastolle. Opinnäytetyö tavoitteena on tuottaa tietoa, jota jatkossa voidaan hyödyntää akuuttipsykiatrian osastolla 22 potilaiden tulotilanteen kehittämisessä. Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen, koska opinnäytetyö tilattiin akuuttipsykiatrian osastolta.

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista menetelmää ja aineisto kerättiin opinnäytetyöntekijän laatimalla kyselylomakkeella kesä- marraskuun 2015 aikana. Opinnäytetyössä analysoidaan opinnäytetyöntekijän potilaskyselyllä keräämää aineistoa. Tutkimustulokset toimitetaan akuuttipsykiatrian osastolle 22. Kohderyhmänä olivat Harjavan sairaalan akuuttipsykiatrian osastolle 22 suoraan tulleet ja siellä tulohaastatellut potilaat (N=46). Kysymykset koskivat tulotilannetta, hoitosuunnitelman laatimista ja tiedonsaantia. Aineisto analysoitiin Excel-taulukkolaskentaohjelman ja Tixel-tilasto-ohjelman avulla.

Tutkimustulosten mukaan suurin osa potilaista koki tulotilanteen positiivisesti. Osaston esittelyssä oli puutteita. Potilaat kokivat tulotilanteen turvalliseksi ja tunsivat luottavansa henkilökuntaan. Potilaiden oma näkemys tilanteestaan huomioitiin. He tulivat kuulluksi ja ymmärretyksi, mutta tulotilanteessa laadittavan hoitosuunnitelman tekemisen osallisuudessa oli puutteita. Potilaat olivat samaa mieltä hoitosuunnitelmaan kirjatusta tavoitteista, mutta osa potilaista ei tiennyt hoitosuunnitelmansa sisältöä. Reilu puolet potilaista oli tyytyväisiä tulotilanteen hoitosuunnitelman laatimiseen. Tutkimustulosten perusteella potilaiden tiedonsaanti oli osittain riittämätöntä. Tietoa saatiin hoidon aloituksesta, mutta hoidon etenemisestä ja kestosta riittämättömästi.

Jatkotutkimushaasteena olisi mielenkiintoista tutkia, millä keinoin potilas voisi olla enemmän mukana hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa varsinkin hoidon aloituksessa. Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimuksen kohde olisi tutkia, miten voidaan edistää potilaan tehokasta hoidon aloittamista. Pitäisi miettiä, millaisia keinoja sairaanhoitajalla voisi olla potilaan hyvän tulotilanteen sekä hoidon nopean alkamisen varmistamiseen.

PATIENT'S ARRIVAL AT THE ACUTE PSYCHIATRIC WARD

Ruutiainen, Annamari

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

February 2016

Supervisor: Pirilä, Ritva

Number of pages: 45

Appendices: 5

Keywords: admission, patient care plan, participation, receipt of information

The purpose of this thesis was to examine patients' experiences at admission in the acute psychiatric ward. The goal is to generate information that can be used in the future to improve the admission process for patients in the acute psychiatric ward 22. The thesis was based on work-place experience, as it was requested by the acute psychiatric ward.

The study used a quantitative method and the data were collected on questionnaires designed by the author of the thesis during June-November 2015. The thesis analyses the data collected by the author and the results of the study are delivered to the acute psychiatric ward 22. The target group consisted of patients who arrived directly and were interviewed at the Harjavalta Hospital acute psychiatric ward 22. The questions addressed admission, patient care plans, and receipt of information. The data were analyzed using Microsoft Excel spreadsheets and Tixel statistics programmes.

Based on the study results, most patients viewed the admission process as a positive experience. A tour of the ward was inadequate; however, patients felt safe and trusted the care personnel. The patients' views on their situation were addressed. They felt heard and understood, but found the opportunity to participate in their care plans inadequate. The patients agreed with the goals, but some were unaware of the details. A little over half were satisfied with the care plans. Based on the results of the study, some of the patients received inadequate information. They received enough information about the start of the care plan, but the nature or time frame of the ongoing care was unclear.

An interesting follow-up study would be to discover ways to more fully include the patient in the decisions concerning his or her care plan, particularly at the onset. Another interesting study would be to explore ways to improve the efficiency of setting patient care plans into motion. Options for nurses' methods to ensure a positive admissions experience and a timely start of patient care should be considered.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TULOTILANNE AKUUTTIPSYKIATRIAN OSASTOLLA	6
2.1	Tulohaastattelu	7
2.1.1	Turvallisuus	7
2.1.2	Luottamus	9
2.2	Hoitosuunnitelma.....	10
2.2.1	Hoitosuunnitelman tarkoitus	11
2.2.2	Potilaan osallisuus	12
2.3	Potilaan tiedonsaanti	13
2.3.1	Tiedon merkitys.....	14
2.3.2	Tiedon antaminen osana potilasohjausta	15
3	KOHDEORGANISAATIO.....	16
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	17
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	18
5.1	Tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä.....	18
5.2	Aineiston keruu.....	20
5.3	Aineiston analyysi.....	21
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	22
6.1	Vastaajien taustatiedot	23
6.2	Tulotilanne	24
6.3	Hoitosuunnitelma tulotilanteessa	27
6.4	Tiedonsaanti tulotilanteessa	30
6.5	Potilaiden palautteet hoidosta	32
6.5.1	Tulotilanteen kokemukset	33
6.5.2	Hoidon sisältö ja tiedonsaanti.....	33
7	POHDINTA.....	34
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	34
7.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	38
7.3	Tutkimuksen eettisyys	39
7.4	Ammatillisen kehityksen arviointi.....	40
7.5	Jatkotutkimusaiheet.....	41
	LÄHTEET.....	42
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Vuoden 2015 valtakunnallisen laitospaikkaselvityksen mukaan erikoissairaanhoidon hoitopäiviä oli eniten (1,3 miljoonaa) diagnoosiryhmässä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitopäivien määrä on vähentynyt 29 % vuosien 2002–2012 välillä. Psykiatrian sairaansijoja on 41 % vähemmän kuin vuonna 1997. Potilasmäärä on vähentynyt vain yhdeksän prosenttia. Keskimääräinen hoitoaika on lyhentynyt kuusi päivää 2000-luvulla. Lähes puolet hoitajaksoista oli alle 10 päivän pituisia. (Fredriksson & Pelanteri 2014, 1-6; Mikkola, Rintanen, Nuortela, Kovasin & Erhola 2015, 46.) Vuonna 2015 Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian erikoisan alan akuuttipsykiatrian osaston 22 keskimääräinen hoitoaika oli 9,74 päivää (Sairio-Sabell, henkilökohtainen tiedonanto 1.2.2016).

Suomen Lääkärilehden (43/2011) julkaiseman ”Takuulla hoitoon – mutta millaiseen” tutkimuksen mukaan psykiatriseen erikoissairaanhoidon pääsy oli kohtuullisen nopeaa, mutta hoidon sisältö oli puutteellista. Varsinkin hoidon alkuvaiheeseen tulisi tutkimuksen mukaan kiinnittää huomiota ja keskittyä helpottamaan potilaan tilannetta. Seurauksena suunnitelmallisen ja jäntevän hoito-otteen puuttumisesta saattaa olla tehottoman hoito, sairausloman pitkittyminen sekä jopa ennenaikainen eläköityminen. (Luutonen, Tikka, Nieminen, From & Salokangas 2011, 3227, 3231.)

Hoidon alkuvaiheen turvallisuus, luottamus ja tiedonsaanti sekä potilaan osallisuus oman hoitonsa suunnitteluun vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen ja hoidon laatuun (Ruskovaara & Tyni 2014, 14–19; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 71). Tulotilanteessa potilaan varhainen huomioiminen saattaa helpottaa potilaan vointia jo ennen tulohaastattelua ja edistää hoidon alkamista (Kiviniemi 2012, 65).

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen. Opinnäytetyön aihe valittiin osastonhoitajan toiveesta ja opinnäytetyöntekijän omasta kiinnostuksesta potilaan hoidon aloittamiseen. Tutkimus kohdistuu potilaiden kokemuksiin tulotilanteesta ensimmäisen vuorokauden aikana akuuttipsykiatrian osastolla.

2 TULOTILANNE AKUUTTIPSYKIATRIAN OSASTOLLA

Akuuttipsykiatrian osasto on psykiatrian erikoisalaan kuuluva osasto, jossa hoidetaan 18–64 –vuotiaita psykiatrasta ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevia potilaita. Hoitoon tulon syinä voi olla masennus, mielialahäiriöt, itsemurha-ajatukset, psykoosi-oireet tai niiden uhka. Psykoosilla tarkoitetaan mielenterveyden häiriötä, jossa todellisuudentaju horjuu. Vakavaan elämänkriisiin saattaa liittyä mielenterveysongelmia. Osastolla hoidetaan myös potilaita, joilla on ongelmia alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden käytöstä johtuen. Potilaita vastaanotetaan akuuttipsykiatrian osastolle ympäri vuorokauden. Akuuttipsykiatrian osastolla hoito suunnitellaan potilaan tarpeiden mukaisesti yhdessä potilaan kanssa. (Satakunnan sairaanhoitopiiri [www-sivut](http://www.satakunta.fi) 2016.) Akuuttipsykiatrian osastolla työskennellään omahoitajajärjestelmän ja yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Omahoitaja toimii koordinaattorina potilaan hoidossa ja järjestee potilaan hoitoon liittyviä asioita yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa. (Sundman 2013, 5.)

Yksilöllinen ja potilaan tarpeisiin perustuva hoito pohjautuu kattavaan tulotilanteen kartoitukseen. Tulotilanteen analysointi auttaa moniammatillista työryhmää keskittymään potilaan hoidon tarpeisiin ja tavoitteisiin. Tulotilanteessa tehdyt selkeät suunnitelmat vähentävät päällekkäisyyttä ja turhia toimintoja. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2014; Egan 2014, 22–23.)

Salo ja Hyväri (2011, 53) tutkivat kokemuservioinnin avulla psykiatrisen osastohoidon potilaslähtöisyyttä ja sitä, miten voitaisiin välttyä tarpeettomalta osastohoitoon palaa miselta. Psykiatrisella osastolla hoidettavina olleille potilaille tehdyssä tutkimuksessa (N=19) tuli esiin, että sairaalahoitoon pääseminen oli vaivatonta ja hoitojaksoja oli toistuvasti. Tulosten mukaan potilaan tilanne tulisi jo tulotilanteessa kartoittaa tarkasti ja miettiä osastohoidon sijaan muita hoitovaihtoehtoja, mikäli osastohoito ei ole potilaan tilanteeseen nähden välttämätöntä. Potilaslähtöisellä toiminnalla tulotilanteesta alkaen hoidon vaikuttavuus, potilaiden ja hoitohenkilökunnan tyytyväisyys sekä palvelujen kustannustehokkuus lisääntyvät (Kapanen & Leinonen 2014, 7).

2.1 Tulohaastattelu

Tulotilanteeseen kuuluu tulohaastattelu, jossa lääkäri haastattelee potilaan ja arvioi hoidon tarpeen. Hoitaja on mukana tulohaastattelussa. Tulohaastattelussa tehdään hoitosuunnitelma, jota tarkastetaan ja arvioidaan hoidon aikana. (Osasto 22 Harjavallan sairaala, 2016.) Potilaan kokonaisvaltainen huomiointi, hyvä vuorovaikutus ja rauhallinen vastaanottotilanne luovat hyvät edellytykset tulohaastattelulle (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 153; Ruskovaara & Tyni 2014, 19). Vuorovaikutus on kaksisuuntaista. Hoitaja ja potilas viestivät keskenään sekä sanallisesti että nonverbaalisesti eli ilmein ja elein. (Egan 2014, 31; Riley 2012, 3.) Vuorovaikutussuhteessa tulee pyrkiä keskinäiseen kunnioitukseen ja luottamukseen (Sarajärvi ym. 2011, 68).

Tulohaastattelu on avainasemassa potilaan hoidon suunnittelussa. Huolellisen tulohaastattelun myötä potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun mahdollistuu ja potilas tietää oman hoitonsa tavoitteet. Hoidon prosessi on jäsentynyttä, tavoitteellista ja tuloksellista. Tulohaastattelussa potilaan tilanne kartoitetaan tarkasti ja potilasta koskeva tieto arvioidaan kriittisesti ennen tiedon käyttöä. Tavoitteena on saada käyttöön paras nykyhetken tieto, jonka pohjalta potilaan hoitoa suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan yksilöllisesti. (Ahonen ym. 2014; Egan 2014, 22–23.)

Tulohaastattelussa aktiivinen kuuntelu on tärkeää. Aktiivisella kuuntelulla tarkoitetaan varsinaisten sanojen ja lauseiden kuulemisen lisäksi potilaan ymmärretyksi tulemisen varmistamista tarkentavien kysymysten avulla. Aktiivisessa kuuntelussa huomioidaan myös sanaton viestintä eli kehon kieli. Haastattelun aikana tehdään sanallista yhteenvetoa siitä, mitä on puhuttu. Haastattelussa esiin tulleita asioita voidaan selventää ja kerrata, näin varmistetaan yhteisymmärrys potilaan asioista hänen kanssaan. (Moss 2012, 15–19.)

2.1.1 Turvallisuus

Turvallisuus on käsitteenä laaja ja turvallisuuteen vaikuttavat monet eri tekijät. Turvallisuuteen vaikuttavat ympäristö, palvelut, avun saannin varmuus ja tietoisuus siitä,

että turvallisuutta uhkaavia tekijöitä ei ole lähellä. Turvallisuuden kokemukset ovat yksilöllisiä. Niihin vaikuttavat omat ja muiden aikaisemmin kokemat turvallisuuden tai turvattomuuden tunteet sekä yleinen kuva turvallisuudesta. Turvallisuutta voidaan kuvailla objektiivisesti eli mitattuina tuloksina ja subjektiivisesti ihmisen omana turvallisuuden kokemuksena. Turvallisuuden tunne koostuu monesta tekijästä kuten luottamuksesta, hyväksynnästä, tuen antamisesta ja sitoutumisesta. (Meriläinen & Partinen 2011, 9-10.)

Potilaan oikeuksiin kuuluu hyvä ja laadukas hoito (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3§). Turvallisuus vaikuttaa hoidon laatuun (Gröndahl & Leino-Kilpi 2013, 35). Hoitotyössä turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat hoitoympäristön turvallisuus, osaston myönteinen ja turvallinen tunnelma sekä tavoitettavissa olevan lääkärin olemassaolo (Meriläinen & Partinen 2011, 9-10). Potilaan turvallisuuteen kuuluu oikean hoidon saaminen oikea-aikaisesti ja vaaraa aiheuttamatta (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016). Tiedon saaminen lisää turvallisuutta (Muhonen, Sorjonen & Viiankorpi 2012, 6).

Psyykkinen sairastuminen voi horjuttaa turvallisuuden tunnetta. Turvattomuus saattaa liittyä ennakoimattomiin tilanteisiin ja epävarmuuteen. Psyykkinen kuormittuvuus lisääntyy turvattomuuden tunteen myötä. Luottamus ja hyväksyntä lisäävät turvallisuuden tunnetta. Mitä turvallisemmaksi potilas tuntee olonsa, sitä avoimemmin hän kykenee puhumaan asioistaan. (Meriläinen & Partinen 2011, 10–12.)

Potilaan vastaanottamisesta psykiatrisella osastolla tehdyn kyselytutkimuksen mukaan akuuttipsykiatrian osastolla potilaiden (N=21) kokemukset turvallisuudesta olivat positiiviset. Noin 90 % vastaajista koki tunnelman vastaanottotilanteessa täysin tai jossain turvallisesti. Yli puolet potilaista koki olleensa tervetulleita osastolle ja suurin osa koki voineensa esittää kysymyksiä hoidostaan. (Haapanen 2010, 27–28, 31.) Tutkimustilanteessa lämmin, salliva ilmapiiri lisää itsensä tervetulleeksi tuntemisen ja turvallisuuden tunnetta. Positiivinen suhtautuminen lisää toivoa ja edistää paranemista. (Riley 2012, 84–85.)

2.1.2 Luottamus

Potilaan ja hoitohenkilökunnan välisessä suhteessa luottamus syntyy vähitellen ja luottamuksen tasossa saattaa olla vaihtelua. Luottamuksen synnyn edellytyksinä ovat kunnioitus, luotettavuus, pätevyys ja vuorovaikutuksellisuus. Potilaan odotukset vaikuttavat luottamukseen. Psykkinen sairastuminen on usein traumaattinen kokemus sairastuneelle ja myös sairastuneen läheisille. Uusissa, epävarmoissa tilanteissa luottamuksen merkitys kasvaa. Psykkisesti sairastunut on saattanut menettää luottamuksen itseensä esimerkiksi todellisuuden tajun häiriintyessä. Tällöin luottamus avun saantiin voi olla epävarmaa. Potilaan kokemukset hoitohenkilökunnan kohtaamisesta mahdollistavat luottamuksen syntymisen ja voimistumisen. Psykkiseen sairastumiseen saattaa liittyä negatiivisia tunteita, jolloin tulisi keskittyä erityisesti luottamuksen rakentamiseen. Ensikontakti potilaan kanssa on luottamuksen rakentumisen kannalta tärkeää. Hoitajan ammatillinen kohtaamisen taito, avoimuus ja kyky kuunnella potilasta vaikuttavat potilaan ja hoitajan välisen luottamuksen rakentumiseen. (Kilcku 2012, 17–19.)

Yhteistyösuhde alkaa hoitajan saadessa tiedon potilaan saapumisesta osastolle. Potilas tulee kohdata potilaslähtöisesti ilman ennakoasenteita. Yhteistyön aloitukselle pitää varata riittävästi aikaa. Hoitajan läsnäolo ja aito, tasavertainen keskustelu potilaan kanssa auttavat parantamaan luottamuksen syntymistä. (Armstrong 2010, 21; Kuhanen ym. 2010, 155, 167.) Ensikohtaaminen potilaan kanssa on merkittävää, koska se vaikuttaa luottamuksen ja sen myötä potilassuhteen muodostumiseen. Potilas tulee kuuluksi ja ymmärretyksi, kun hänet kohdataan avoimesti ja aidosti. Tämä lisää potilaan luottamusta ja kokemusta omasta merkityksellisyydestään hoidossa. (Kuhanen ym. 2010, 154–156.)

Luottamus syntyy jo hoidon aloitusvaiheessa, joten potilaan luottamuksen saavuttaminen ja hoidon perusteleminen painottuvat erityisesti tulotilanteessa. Potilaan aikaisemmat hoitokokemukset saattavat vaikuttaa luottamuksen syntyyn. Hoitajalla tulee olla tilanneherkkyyttä ja kykyä säädellä distanssia, varsinkin tilanteessa, jossa tulotilanteeseen liittyy epävarmuutta tai vastarintaa. Tulotilanteessa tiedon antaminen hoidosta ja osaston käytännöistä saattaa helpottaa luottamuksen syntyä, yhteistyösuhteen aloitta-

mista ja yhteisymmärryksen saavuttamista. Tiedon antaminen saattaa sitouttaa ja motivoida potilasta hoitoon. Huomiota tulee kiinnittää potilaan omiin näkemyksiin lähtötilanteesta ja potilaan arvioon siitä, mitä muutosta ja millaisin keinoin muutosta hoidossa tavoitellaan. (Kuhanen ym. 2010, 154–155, 167–168; Raatikainen 2015, 69–71.)

2.2 Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelman tekeminen on määritelty terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 24§). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 4a§) ohjeistaa laatimaan hoitosuunnitelman potilaalle. Lain mukaan hoitosuunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja hoidon toteuttamisen aikataulu. Sen sisällöstä ja hoidosta tulee sopia yhdessä potilaan kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut asetuksen potilasasiakirjoista (298/2009, 7§), jonka mukaan potilaan hyvän hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteutus ja seuranta on turvattava merkitsemällä potilasasiakirjoihin tarpeelliset ja riittävän laajat tiedot. Asetuksen mukaan hoitosuunnitelma tulee olla helposti löydettävissä potilastietojärjestelmästä. Hoitosuunnitelman käytön tavoitteena on potilaskeskeisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus ja tietojärjestelmien hyödyntäminen hoidon toteutuksessa (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 12 - 13).

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto on antanut toukokuussa 2015 ohjeen hoitosuunnitelman laatimisesta. Valviran ohjeen (Dnro 4141/06.00.00.05/2015) mukaan yksilöllistä, kokonaisvaltaista ja laadukasta hoitoa ei voida järjestää, mikäli potilaalle ei ole laadittu ajantasaista hoitosuunnitelmaa. Hoidon tehokkaan aloituksen lisäksi hoitosuunnitelma varmistaa hoidon jatkumisen suunnitellusti, riippumatta siitä, missä potilasta hoidetaan. Valviran ohjeen mukaan hoitosuunnitelma tulee tarkistaa ja päivittää riittävän usein. Ajanmukainen hoitosuunnitelma on myös hätätilanteen sattuessa edellytys asianmukaiselle hoidolle. (Valvira [www-sivut](http://www.valvira.fi) 2016.)

2.2.1 Hoitosuunnitelman tarkoitus

Hoitosuunnitelman tulee olla potilaskohtainen. Hoitosuunnitelman rakenne on yhdenmukainen ja sisällöstä tulee ilmetä potilaan yksilöllinen hoidon tarve, hoidon tavoite, hoidon toteutus ja hoidon keinot sekä hoidon arviointi. Tavoitteena hoitosuunnitelman käytölle on potilaskeskeisyys ja voimaannuttaminen. Edellytyksenä voimaannuttamiselle on hoitosuunnitelman tekeminen yhteistyössä potilaan kanssa. Ensisijaisina ovat potilaan ilmaisemat hoidon tarpeet ja tavoitteet, jotka kirjataan hoitosuunnitelmaan yhteisymmärryksessä hoitotyön ammattilaisen kanssa. Hoitosuunnitelma varmistaa myös hoidon jatkuvuuden. (Komulainen ym. 2011, 12.)

Kaikille osastohoitoon tuleville potilaille tulee laatia kirjallinen hoitosuunnitelma. Potilaan keskeisimmät terveysongelmat, tarpeet, tavoitteet ja suunnitelma ongelmien hoitamiseksi kootaan yhteen hoitosuunnitelmassa. Tavoitteena on, että potilas on aktiivisesti mukana suunnittelemassa hoitoaan ja asettamassa tavoitteita hoidolle. Hoitosuunnitelmassa ongelmat ja tavoitteet määritellään sekä hoitotyön keinot ongelman ratkaisemiseksi kirjataan. Hoitosuunnitelma strukturoi hoitoa ja toimii työvälineenä moniammatillisessa yhteistyössä. (Sandvik 2015, 17–18.)

Potilaan kokeman hoidon tarpeen ja tavoitteiden huomioiminen tukee potilaan ja hoitajan välistä yhteisymmärrystä ja toimii työkaluna hoidon suunnittelussa. Potilas on näyttöön perustuvassa hoitotyössä tasavertainen osallistuja hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. (Komulainen ym. 2011, 12–13.) Potilaslähtöisessä hoidossa potilaan ja hänen läheistensä näkökulmat ovat arvokkaita (Sarajärvi ym. 2011, 69). Potilaalla on yksilöllinen ja ainutkertainen kokemus sairaudestaan ja sen vaikutuksesta hänen päivittäiseen elämäänsä. Potilaan kuuleminen hänen ymmärtämisekseen on tärkeää. (Armstrong 2010, 12.)

Kokkonen (2013, 19–22) teki kyselytutkimuksen sairaanhoitajien (N=15) kokemuksesta hoitosuunnitelman laatimisesta. Tutkimustulosten mukaan suurin osa vastaajista koki tärkeänä määrittellä hoitosuunnitelman päätavoitteen. Päätavoitteen määrittely koettiin helpoksi, selkeäksi ja hoitoon motivoivaksi. Tutkimustulosten mukaan tarpei-

den määrittely koettiin tärkeäksi ja hoitotyötä ohjaavaksi. Vastaajat kokivat osatavoitteiden määrittelyn päätavoitteeseen pääsemisen kannalta oleelliseksi. Potilaslähtöisyys korostui hoitotyön toimintojen määrittämisessä.

2.2.2 Potilaan osallisuus

Osallisuus kuvaa potilaan osallistumista ja potilaan kykyä tai haluja osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Osallisuuteen kuuluu potilaan autonomia, itsehoito ja omaan hoitoonsa vaikuttaminen. Osallisuuden edellytyksenä on sekä hoitohenkilökunnan että potilaan sitoutuminen. Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa vaikuttaa hoitotyön laatuun. (Sarajärvi ym. 2011, 71.)

Ihmisellä on eettinen oikeus ja vapaus itsensä hallitsemiseen ja päätösten tekemiseen kykyjensä mukaan. Autonomia osallisuudessa näkyy omana itsenään arvostetuksi tulemisen tunteena. Hoitotyössä potilaan saadessa päättää omista asioistaan, potilas voi kokea olevansa osallinen omaan hoitoonsa. Osallisuus on hoitoon sitoutumisen, omasta elämästä vastuun ottamisen ja hyvinvoinnin edellytyksenä. Osallisuudella on vaikutusta myös potilaan odotuksiin, tarpeisiin ja hoidon tuloksiin. Hoitajan tulee turvata potilaalle osallisuuden mahdollisuus ja varmistaa osallisuuden toteutuminen. (Sarajärvi ym. 2011, 72.) Osallisuutta voidaan tukea kannustamalla, rohkaisemalla ja motivoimalla potilasta omaan hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa (Tiainen 2013, 43).

Potilaan käsityksellä omasta voinnistaan ja hoitoon tulon syystä on suuri merkitys hoidon suunnittelussa. Potilaan tilanteesta ja psyykkisestä voinnista tulotilanteessa saadaan tietoa keskustelun lisäksi havainnoimalla potilaan käytöstä, ilmeitä, eleitä ja liikehdintää sekä esiin tulevia tunnetiloja. (Kuhanen ym. 2010, 167–168.) Potilaalla on kokemukseen perustuvaa näyttöä eli omaa kokemusta sairaudestaan ja mahdollisesti aiemmista psykiatrisista hoitajaksoista. Kokemusnäytöllä on merkitystä potilaan motivaatioon ja osallisuuteen hoidossa. (Sarajärvi ym. 2011, 73–75.) Hoitaja-potilassuhteella on merkittävä vaikutus potilaan kokemukseen hoidosta (Kinnunen 2013, 44). Hoitajan ja potilaan välisen kunnioittavan vuorovaikutussuhteen luominen on tavoitteellista toimintaa, joka edistää sujuvan keskusteluyhteyden muodostumista ja osallisuuden kokemusta (Sarajärvi ym. 2011, 72–73).

Laitila (2010, 143–159) teki haastattelututkimuksen mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden (N=27) osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Tutkimustulosten mukaan osallisuuden koettiin oleva ratkaisevassa asemassa ja ehdoton edellytys toiminnalle. Palvelujen käyttäjät olivat parhaita asiantuntijoita hoidon sisällön, oman hoitonsa suunnittelun ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisen suhteen. Tutkimustuloksista ilmeni, että osallisuus koettiin puutteelliseksi, vaikka asiakkailla oli mahdollisuus osallistua erilaiseen toimintaan, hoidon suunnitteluun ja palavereihin. Osallistumista heikensi asiakkaan voimavarojen vähyys, vointi ja motivaation puute sekä kyvyttömyys tai haluttomuus päätöksentekoon. Asiakkaan kuulluksi tulemiseen vaikuttivat asiakkaan sosiaaliset taidot, koulutus ja ammatti. Tutkimus toi esiin, että kaikkiin asiakkaiden esittämiin tarpeisiin ei voitu hoitotyön keinoin vastata. Asiakaslähtöisyyttä kuvattiin suhteen turvallisuudella ja luottamuksellisuudella. Turvallisuus ja luottamus tekivät mahdolliseksi myös vaikeiden asioiden käsittelemisen.

2.3 Potilaan tiedonsaanti

Potilaan tulee saada tietoa sairauteensa liittyvien asioiden lisäksi oikeuksistaan (Kuhanen ym. 2010, 93). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 5§) määrittelee potilaan oikeuden tiedonsaantiin hänen terveytensä tilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja eri hoitovaihtoehtojen vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä hoitopäätöksiin vaikuttavista tekijöistä. Selvitystä edellä mainituista asioista ei pidä antaa potilaan tahdon vastaisesti tai, jos selvityksen antamisesta todennäköisesti aiheutuisi potilaan hengelle tai terveydelle vakavaa vaaraa. Henkilötietolaki (523/1999, 26–28§) turvaa potilaalle oikeuden tarkistaa potilasasiakirjoihin dokumentoidut tiedot, mikäli tietojen tarkastelusta ei aiheudu potilaalle vakavaa vaaraa.

Kinnusen (2013, 38, 45) kyselytutkimuksesta ”Potilaan arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta” käy ilmi, että potilaat (N=72) kokivat saamansa tiedon sairaudestaan ja sairauteensa liittyvistä rajoituksista riittämättömäksi. Haapanen (2010, 27) tutki potilaiden (N=21) kokemuksia vastaanottotilanteessa akuutti-psykiatrisella osastolla. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Tutkimustulosten mukaan kolmasosa vastaajista oli tyytymättömiä tiedon saantiin hoidon aloituksesta. Yli kolmannes vastaajista oli tyytymättömiä tiedon saantiin osastolla toimimisesta.

2.3.1 Tiedon merkitys

Tiedon saanti lisää potilaan osallisuutta ja sitoutumista omaan hoitoonsa (Kimby, Marusz & Erdner 2012, 18). Potilaan ja hänen läheistensä saama tieto lisää potilaan ja hänen läheistensä ymmärrystä psyykkisestä sairaudesta. Asianmukainen tieto lievittää sairauden kokemista kielteisenä ja häpeällisenä asiana. Tiedon saanti sairauden hoidosta, eri hoitovaihtoehdoista ja sairauden mahdollisista vaikutuksista potilaan elämään on tärkeää. Potilaan tulee saada tietoa sairauden kulkuun ja sairaudesta selviytymiseen vaikuttavista asioista. Tietoa on annettava ymmärrettävästi ja yksilöllisesti. Tieto ja ymmärrys sairauden luonteesta voivat toimia potilaan vahvistavina suojatekijöinä. (Kuhanen ym. 2010, 92–93.) Tiedon antaminen potilaalle lisää potilaan luottamusta (Kääriäinen 2010, 30).

Hoidon aloitusvaiheessa potilaan ja hoitajan tutustuminen toisiinsa sekä hoitosuhteen sisällön merkityksen ymmärtäminen korostuu. Aluksi on helppo puhua osaston käytänteistä ja antaa niistä tietoa potilaalle. Osaston esittely tulotilanteessa saattaa helpottaa potilaan mahdollisia ennakkokäsityksiä tai pelkoja. Osaston päiväjärjestyksestä, toiminnoista ja hoitomuodoista tiedottaminen edistää yhteistyösuhteen syntymistä. Tiedon antaminen lisää potilaan motivaatiota ja sitoutumista tavoitteelliseen yhteistyöhön ja tyytyväisyyttä hoitoon. Riittävästi tietoa saanut potilas tietää, mitä odottaa hoidolta. Tiedon antaminen on vuorovaikutusta, jolloin saadaan myös tietoa potilaan voinnista hoidon suunnittelua varten. (Kuhanen ym. 2010, 167–168.) Vuorovaikutuksen tulee keskittyä alusta alkaen potilaskeskeisyyteen. Potilas on oman itsensä asian tuntija ja tietää tilanteensa. Kun potilaalle annetaan tietoa, saadaan selville hänellä jo olemassa olevat tiedot sairaudesta ja sairauden hoidosta. (Egan 2014, 30; Riley 2012, 36.)

Juutilainen ja Pönkkä (2014, 42–46) tekivät opinnäytetyönään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, jossa he analysoivat 15 alkuperäistutkimusta psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamisesta ja tiedonsaannista akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä. Tulosten mukaan ohjauksessa potilaiden saama tieto mahdollisti potilaiden itsehoidon ja omatoiminen selviytyminen sairauden kanssa parani. Tieto lisäsi potilaiden sairauden hyväksymistä ja sairauden hallintaa. Kommunikointi perheen kesken lisääntyi ja perheiden suhtautuminen sairastuneeseen omaiseen parani ohjauksessa saadun tiedon

avulla. Tulosten mukaan potilaat eivät saaneet tietoa niin paljon kuin haluaisivat. Varsinkin hoidon alkuvaiheessa potilaat pitivät tiedonsaantia tärkeänä. Tulosten perusteella hoitohenkilökunta ei antanut kaikkea tietoa potilaalle peläten tiedosta olevan potilaalle haittaa. Tieto saattoi tulla potilaalle viiveellä potilaan psyykkisestä voinnista johtuneen alentuneen vastaanottokyvyn vuoksi.

2.3.2 Tiedon antaminen osana potilasohjausta

Psykiatrinen hoitotyö on potilaan ja hoitajan välistä yhteistyötä. Yhteistyön perustana on yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus. (Kuhanen 2012, 31.) Dialogisuuden piirteitä ovat kommunikaation aktiivisuus, sitoutuneisuus, kunnioittavuus ja vastavuoroisuus (Sarajärvi ym. 2011, 73). Potilaan ja hoitajan välisellä yhteistyöllä yhteinen tavoite on potilaan psyykkinen voimaantuminen. Ratkaisua potilaan ongelmaan etsitään yhdessä. Potilasohjauksella on merkittävä rooli ongelman hahmottamisessa ja ratkaisun etsimisessä. Potilasohjauksessa tiedon antaminen on oleellista. (Kuhanen 2012, 31.)

Tiedon antajana hoitaja toimii asiantuntijana, jonka aloitteesta vuorovaikutus käynnistyy. Hoitajalla tulee olla ohjaamisen taitoa ja tietoa ohjattavista asioista. Hänen on omattava riittävät vuorovaikutus- ja päätöksentekotaidot potilaan ohjaustarpeen määrittämiseen, ohjauksen ylläpitoon ja arviointiin. Ohjauksen lähtökohtana on potilaan aikaisempi tieto ja kokemukset sairaudestaan ja sen hoidosta. Tiedon antamisen tavoitteisiin vaikuttaa se, mitä potilas jo tietää, mitä hänen tulee tietää ja mistä potilas haluaa tietoa. Tiedon antaminen potilaslähtöisesti vaatii kaksisuuntaista vuorovaikutusta, jonka edellytyksenä on aktiivinen ja vastuuta ottava toiminta. Potilaan rohkaiseminen keskusteluun osallistumiseen, kysymisen mahdollisuuden tarjoaminen ja palautteen antaminen luovat edellytykset tiedon antamisen onnistumiselle ja luottamukselliselle ohjaussuhteelle. (Kääriäinen 2010, 27–30.)

Potilaalla on ohjaamisen ja tiedon tarvetta omasta sairaudestaan ja tunnereaktioista, joita sairauden myötä on tullut esiin. Hän saattaa kokea häpeän, pelon ja syyllisyyden tunteita. Potilaan tulee saada riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia tulla kuulluksi. Potilasohjauksen yhtenä osana on monipuolinen tiedon antaminen sairaudesta, sen piir-

teistä, synnystä, mahdollisista ennakko-oireista, sairauden kulusta ja erilaisista hoitovaihtoehtoista sekä sairaudelle altistavista riskitekijöistä. Ohjaukseen kuuluu myös osaston käytännöistä kertominen. Ohjaukseen sisältyy tiedottaminen potilaan oikeuksista ja siitä, millaisia mahdollisuuksia potilaalla on vaikuttaa hoitoonsa. On tärkeää miettiä yhdessä potilaan kanssa, millaisia keinoja sairauden kanssa selviämiseen on. (Juutilainen & Pönkkä 2014, 42–45.)

3 KOHDEORGANISAATIO

Opinnäytetyön tutkimuksen kohdeorganisaatio on Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, joka tarjoaa palveluja 20 jäsenkunnalle. Sairaanhoitopiirillä on sairaaloita Porissa, Harjavallassa ja Raumalla sekä psykiatrian toimipisteitä usealla eri paikkakunnalla. Organisaatioon kuuluvat ensihoidon- ja päivystyksen, konservatiivisen ja operatiivisen hoidon, psykiatrian, naisten -ja lastentautien sekä synnytysten toimialueet. Satakunnan sairaanhoitopiiri tekee yhteistyötä perusterveydenhuollon ja sosiaali-toimen kanssa. (Satakunnan sairaanhoitopiirin [www-sivut](#) 2016.)

Psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta vastaa psykiatrisen hoidon toimialue yhdessä kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Psykiatrisen hoidon toimialueeseen kuuluu lasten- ja nuorisopsykiatria sekä aikuispsykiatria. (Satakunnan sairaanhoitopiirin [www-sivut](#) 2016.) Mielenterveyspalveluita toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluina mielenterveyslain (1116/1990, 1§) perusteella mielenterveydenhäiriöistä kärsiville tai mielisairauksia sairastaville henkilöille heidän lääketieteellisten perustein arvioitavan häiriönsä tai sairautensa vuoksi.

Harjavalan sairaalassa sijaitseva akuuttipsykiatrian osasto 22 kuuluu Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian erikoisalaan. Osastolla on 15 potilaspaikkaa. Osastolla hoidetaan äkillistä sairaalahoitoa vaativia 18 - 64 -vuotiaita vakavista psykiatrisista oireista kärsiviä potilaita. Oireina voi olla muun muassa masennusta, mielialaan liittyviä muita oireita tai itsetuhoajatuksia. Myös erilaiset vakavat elämänkriisit ja psykoosioireet voivat olla hoitoon tulon syynä. Lisäksi osastolla hoidetaan alkoholi-, lääke- ja huumeriippuvaisia potilaita. (Satakunnan sairaanhoitopiirin [www-sivut](#) 2016.)

Akuuttipsykiatrian osastolla 22 potilaita vastaanotetaan ympäri vuorokauden. Potilaat tulevat vapaaehtoiseen hoitoon tehostetun avohoidon yksikön kautta, siirtona toiselta osastolta, etukäteen sovitulle lupapaikalle tai suoraan esimerkiksi terveyskeskuspäivystyksestä. Osastolle tulevat potilaat tulohaastatellaan joko tehostetun avohoidon yksikössä tai osastolla 22 osastonlääkärin tai päivystävän lääkärin toimesta. Osastolla työskennellään omahoitajajärjestelmän ja yksilövastuisten hoitotyön periaatteiden mukaisesti. (Sairio-Sabell, henkilökohtainen tiedonanto 1.2.2016.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa akuuttipsykiatrian osastolla 22 tulohaastateltavien potilaiden tulotilanteesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota jatkossa voidaan käyttää hyödyksi akuuttipsykiatrian osastolla potilaiden tulotilanteen kehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat

1. Minkälaiseksi potilaat kokivat tulotilanteen akuuttipsykiatrian osastolle?
2. Miten potilaiden mielestä tulotilanteessa tehdyn hoitosuunnitelman laatiminen toteutuu?
3. Miten potilaat kokivat tiedonsaannin toteutuneen tulotilanteessa?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä

Tämän tutkimuksen menetelmä on kvantitatiivinen eli määrällinen. Määrälliselle lähestymistavalle on ominaista tilastollisen analyysin ja päätelmien teko (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 224). Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä voidaan kartoittaa tilannetta ja selvittää eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai muutoksia. Määrällisellä tutkimusmenetelmällä haetaan lukumääriä ja prosenttiosuuksia kuvaavia vastauksia. Numeeristen suureiden avulla voidaan kuvata ilmiöitä ja tuloksia, joita on mahdollista havainnollistaa kuvioiden ja taulukoiden avulla. Kvantitatiivisessa tutkimusprosessissa määritellään tutkimusongelmat, perehdytään aikaisempiin tutkimuksiin ja aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. (Heikkilä 2014, 15, 20–23.)

Kvantitatiiviseen tutkimukseen aineistoa voidaan kerätä kyselylomakkeilla, havainnoimalla ja haastattelemalla. Kyselylomakkeita käytetään yleisesti kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä. Standardoidussa kyselylomakkeessa kysytään asiat kaikilta vastaajilta samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2010, 192; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113–114, Metsämuuronen 2009, 220, 246.)

Tässä tutkimuksessa aineiston keruuseen käytettiin opinnäytetyöntekijän kirjallisuuskatsauksen (Liite 3) ja tutkimusongelmien pohjalta laatimaa standardoitua kyselylomaketta. Tutkimuslomake koostui saatekirjeestä (Liite 1) ja kyselylomakkeesta (Liite 2). Saatekirjeestä käy ilmi tutkimuksen tekijän nimi, yhteystiedot ja tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet sekä kyselylomakkeen palautusohjeet. (Heikkilä 2014, 59.)

Kyselylomakkeissa voidaan käyttää suljettuja eli strukturoituja kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Kysymykset voivat olla myös sekamuotoisia eli vastaajalle esitetään väittämiä, joista hän valitsee omaa kokemustaan vastaavan vaihtoehdon esimerkiksi Likertin asteikolla. Likertin asteikko on yleensä neljä- tai viisiportainen asteikko, jossa toinen ääripää edustaa ”täysin samaa mieltä” ja toinen ”täysin eri mieltä” esitetyn väittämän kanssa. Keskellä asteikkoa on usein niin sanottu neutraali vaihtoehto ”ei samaa

eikä eri mieltä”. Likertin asteikon tulokset voidaan esittää prosenttijakaumina. (Heikkilä 2014, 47–52; Metsämuuronen 2009, 70–71.) Opinnäytetyöntekijän kyselylomake koostui neljästä suljetusta taustatietokysymyksestä, 24 väittämästä (Likertin asteikko 1-5) ja kahdesta avoimesta kysymyksestä. Taustatietokysymykset koskivat sukupuolta, hoitjaksojen määrää psykiatrisessa sairaalassa, sairaalaan saapumisaikaa ja saapumisesta lääkärin tapaamiseen kulunutta aikaa. Taustatietoja kysyttiin, koska ne voivat selittää esimerkiksi potilaiden hoitokokemuksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 117–118).

Kysymyslomakkeen väittämät liittyivät tulotilanteen kokemuksiin, hoitosuunnitelman tekoon ja tiedonsaantiin tulotilanteesta. Avoimissa kysymyksissä kysyttiin potilaan mielipidettä tulotilanteesta ja mitä muuta potilas halusi omin sanoin tulotilanteesta sanoa. Suljetuissa kysymyksissä tulee jokaiselle vastaajalle löytyä sopiva vaihtoehto ja vaihtoehtojen pitää olla toistensa poissulkevia. Avoimet kysymykset saattavat jäädä kokonaan vastaamatta, mutta toisaalta avoimien kysymysten vastauksissa esiin voi tulla asioita, jotka ovat kyselylomakkeen laatijalta jääneet huomaamatta. (Heikkilä 2014, 47–49.)

Kyselylomakkeessa oli selkeät ohjeet vastaajille. Saman aiheen kysymykset jaoteltiin kokonaisuuksiksi (taustatiedot, tulotilanne, hoitosuunnitelma ja tiedonsaanti). Kysymykset numeroitiin juoksevilla numerolla ja kysymykset etenivät loogisesti. Kyselylomakkeeseen liitettiin palautuskuori. Kyselylomakkeen täyttäminen on sujuvaa, kun kyselylomake on laadittu selkeästi eikä se ole liian pitkä (Heikkilä 2014, 47; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113–114).

Kyselylomake tulee esitestata ennen käyttöönottoa. Esitestauksella selvitetään, ovatko kysymykset ja ohjeet selkeitä, ovatko vastausvaihtoehdot toimivia ja miten kauan aikaa kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen tehdään tarvittavat muutokset. (Heikkilä 2014, 58; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 116.) Heikkilän (2014, 58) mukaan kohdejoukon edustajien tulisi testata tutkimuksessa käytettävä kyselylomake. Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen esitestauksessa ei käytetty kohdejoukon edustajia. Akuutti-psykiatrian osaston henkilökuntaan kuuluvat hoitajat (N=4) esitestasivat kyselylomakkeen, koska haluttiin asiantuntijoiden mielipide kyselylomakkeen sisällöstä ja toimivuudesta. Opinnäytetyöntekijä

teki esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen muutoksia, jotka koskivat kysymysten muotoilua, sisältö pysyi samana.

Tutkimus toteutettiin potilaskyselynä Harjavallan sairaalassa sijaitsevalla akuutti-psykiatrian osastolla 22, joka kuuluu Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian erikoisalaan. Osastolla on 15 potilaspaikkaa ja siellä diagnosoidaan ja hoidetaan äkillistä sairaalahoitoa vaativia vakavasta psykiatrisista oireista kärsiviä 18–64 –vuotiaita potilaita. Osastohoitoon tullaan muun muassa masennuksen, muiden mielialaan liittyvien oireiden, itsetuhoajatusten, psykoosioireiden tai niiden uhan vuoksi. Myös erilaiset vakavat elämäntilanteet voivat olla hoitoon tulon syynä. Lisäksi osastolla hoidetaan alkoholi-, lääke- ja huumeriippuvaisia potilaita. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2016.) Osasto toimii ympäri vuorokauden vastaanotto-osastona ja siellä hoidetaan pääsääntöisesti vapaaehtoisessa hoidossa olevia potilaita. Vuonna 2015 osastolla hoidettiin 406 potilasta ja keskimääräinen hoitoaika oli 9,74 päivää. (Sairio-Sabell, henkilökohtainen tiedonanto 1.2.2016.)

Tarkoituksena oli tavoittaa kaikki ne akuutti-psykiatrian osastolle tiettyinä aikoina tulleet potilaat, jotka tulivat suoraan osastolle päivystyksenä tai etukäteen sovitulle lupapaikalle ja potilaiden tulohaastattelu tehtiin osastolla.

5.2 Aineiston keruu

Aineiston keruusta sovittiin Satakunnan sairaanhoitopiirin käytännön mukaisesti osastonhoitajan, ylihoitajan ja ylilääkärin kanssa. Potilaisiin kohdistuvan tutkimuksen tulee olla vastuualueen ylilääkärin hyväksymä (Satakunnan sairaanhoitopiiri www-sivut 2016). Opinnäytetyön aihe esiteltiin akuutti-psykiatrian osaston 22 kehittämispäivässä maaliskuussa 2015. Opinnäytetyön tekemisestä tehtiin yhteistyösopimus Harjavallan sairaalan akuutti-psykiatrian osasto 22 osastonhoitajan ja Satakunnan ammattikorkeakoulun (SAMK) kesken (Liite 4). Tutkimuslupa anottiin asianmukaisesti Satakunnan sairaanhoitopiiriltä ja tutkimuslupa myönnettiin kesäkuussa 2015 (Liite 5).

Opinnäytetyöntekijä antoi akuuttipsykiatrian osaston 22 hoitajille suullisesti ja kirjallisesti ohjeet, joissa kerrottiin miksi ja milloin tutkimus tehdään, kenelle kyselylomakkeet annetaan (kohderyhmä) ja miten kyselylomakkeet palautetaan. Potilaskysely aloitettiin kesäkuussa 2015. Kyselylomakkeet annettiin 10.6.–10.11.2015 akuuttipsykiatrian osaston potilaille, jotka täyttivät tutkimukseen osallistumisen kriteerit. Tutkimukseen osallistumisen kriteereinä oli, että potilas tuli suoraan osastolle ja tulohaastattelu tehtiin akuuttipsykiatrian osastolla 22. Hoitaja antoi kyselylomakkeen potilaalle kolmantena päivänä hoitoon saapumisesta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyselylomakkeita jaettiin 50 potilaalle, joista 46 palautti täytetyn kyselylomakkeen. Tutkimukseen osallistuvia potilaita pyydettiin palauttamaan kyselylomake nimettömänä suljetussa kirjekuoressa osaston kanslian sivupöydällä olevaan palautuslaatikkoon. Opinnäytetyöntekijä haki kyselylomakkeet osastolta marraskuussa 2015.

5.3 Aineiston analyysi

Tietojen tarkistus on ensimmäinen vaihe aineiston järjestelemissä. Aineistosta tarkistetaan mahdolliset virheellisyudet. Toinen vaihe on tietojen täydentäminen. Kolmannessa vaiheessa aineisto järjestetään tallennusta ja analyysiä varten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia ja koodataan aineisto muuttujaluokituksen mukaisesti. Analyysitapana käytetään selittämiseen pyrkivää lähestymistapaa, jolle on tyypillistä tilastollinen analyysi ja päätelmien teko. (Hirsjärvi ym. 2009, 224; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128–129.)

Kyselylomakkeiden takaisin saamisen jälkeen suljettujen kysymysten aineisto järjesteltiin, tarkistettiin ja muuttujat määriteltiin. Aineisto järjestettiin vielä tallennusta ja analyysiä varten. Yhtään palautettua kyselylomaketta ei tarvinnut hylätä aineiston tarkastamisen jälkeen. Aineisto numeroitiin juoksevilla numerolla ja tiedot syötettiin havaintomatriisiin Microsoft Excel -taulukkolaskentaohjelmaa käyttäen. Havaintomatriisissa taulukon vaakarivien merkinnät kertovat tilastoyksiköistä ja pystysarakkeiden merkinnät muuttujista. (Heikkilä 2014, 70.) Aineiston analyysi tehtiin tilastollisin menetelmin Tixel-tilasto-ohjelman avulla. Vastaukset jakaantuivat kysymysten vaihtoehtoihin täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, ei eri eikä samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Aineiston analyysivaiheessa aineiston määrän

vuoksi opinnäytetyöntekijä päätti yhdistää luokat täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä yhdeksi luokaksi eri mieltä ja täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä yhdeksi luokaksi samaa mieltä. Tulokset esitetään vastaajien määrinä ja prosentteina. Tiedoston tallentamisen jälkeen tiedot tarkistettiin ja otettiin varmuuskopio (Heikkilä 2014, 70).

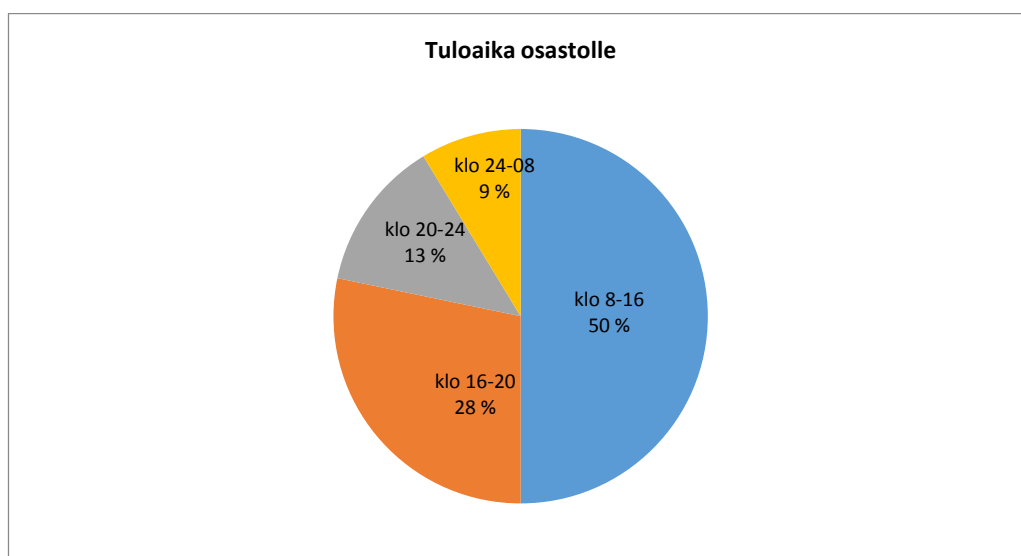
Ennen varsinaisen laadullisen aineiston analyysin tekoa tulee aineisto saattaa sellaiseen muotoon, että sen analysoiminen mahdollistuu. Aluksi opinnäytetyöntekijä luki vastaajien palautteet läpi huolellisesti useaan kertaan. Kahdesta avoimen kysymyksen vastauksista koostuva aineisto puhtaaksikirjoitettiin eli litteroitiin. (Metsämuuronen 2009, 220.) Litterointia käytetään avuksi sen ymmärtämisessä, miten tutkittavat organisoivat kirjoituksensa tai puheensa (Metsämuuronen 2008, 14–15). Litteroinnin jälkeen avointen kysymysten vastaukset (n=29) tarkistettiin ja järjesteltiin. Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin avulla voidaan kuvailla ja analysoida aineistoja tiivistetysti säilyttämällä aineiston sisältämän tiedon. Osa vastaajista oli vastannut molempiin kysymyksiin, osa vain toiseen. Saman sisältöiset vastaukset koottiin yhteen ja ryhmiteltiin. Alkuperäisiä avointen kysymysten vastauksia pelkistettiin. Vastaukset pilkottiin osiin ja saman sisältöiset vastaukset koottiin yhteen vastausten aihepiiriin mukaan. Tutkimuskysymysten pohjalta molempien kysymysten vastaukset lajiteltiin teemoittain. Teemoina olivat kokemukset tulotilanteesta, hoidon sisältö ja tiedonsaanti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–166.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksia tarkastellaan kyselylomakkeen kysymysten mukaisessa järjestyksessä. Aluksi esitetään vastaajien taustatiedot, sitten tiedot tulotilanteesta, hoitosuunnitelman laatimisesta ja tiedonsaannista. Lopuksi tarkastellaan avointen kysymysten vastauksia. Tutkimustulokset perustuvat potilaiden kokemuksiin tulotilanteesta ensimmäisen vuorokauden aikana hoitoon saapumisesta.

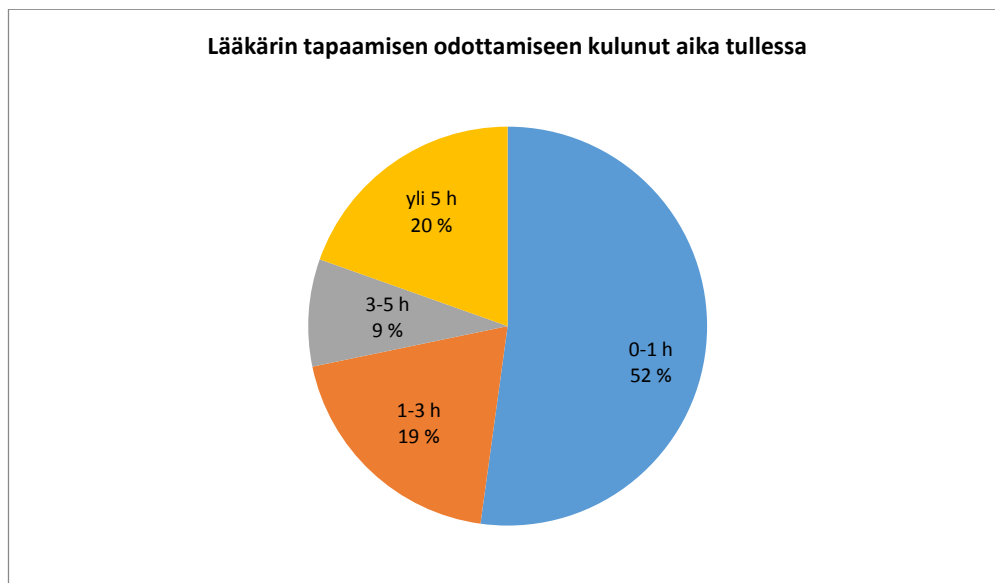
6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 46 potilasta, joista miehiä oli 27 ja naisia 19. Heistä 41 % (n=19) oli psykiatrisessa hoidossa ensimmäistä kertaa, 13 %:lla (n=6) hoitokerta oli toinen ja 46 %:lla (n=21) kolmas tai useampi. Puolet vastanneista (n=23) saapui sairaalaan kello 8-16 ja puolet kello 16–08 (Kuvio 1). Yöaikaan (kello 24–08) osastolle saapuneet olivat hoidossa kolmatta tai useampaa kertaa.



Kuvio 1. Tuloaika osastolle (N=46).

Tutkimukseen osallistuneista potilaista vähän yli puolet (n=24) oli tavannut lääkärin tunnin kuluessa sairaalaan saapumisesta. Yli viiden tunnin odotusaika lääkärin tapaamiseen oli 20 %:lla (n=9) vastaajista (Kuvio 2). Yli viisi tuntia lääkärille pääsyä odotaneista kolme tuli osastolle ilta- tai yöaikaan (kello 16–08).



Kuvio 2. Lääkärin tapaamisen odottamiseen kulunut aika tullessa (N=46).

6.2 Tulotilanne

Kyselylomakkeen tulotilanne-osiossa selvitettiin potilaiden kokemuksia tulotilanteesta osastolla ensimmäisen vuorokauden aikana. Taulukossa 1 esitetään vastaukset tulotilannetta kuvaaviin väittämiin.

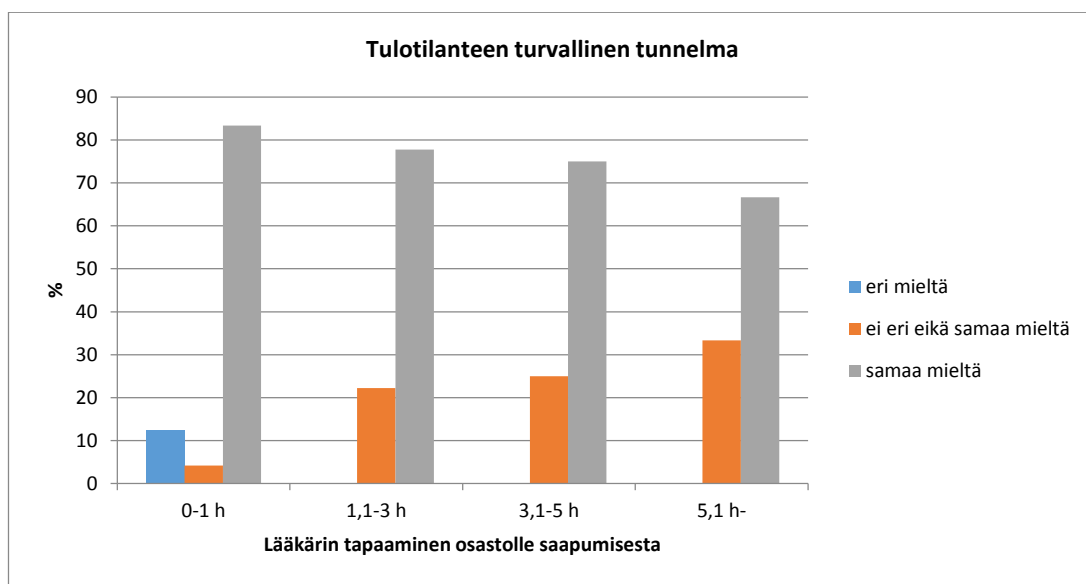
Taulukko 1. Potilaiden kokemukset tulotilanteesta (N=46).

Väittäjä	Asteikko					
	Eri mieltä		Ei eri eikä samaa mieltä		Samaa mieltä	
	f	%	f	%	f	%
5. Tunsin oloni tervetulleeksi osastolle.	2	4	7	15	37	81
6. Minulle esiteltiin osaston tilat	14	31	7	15	25	54
7. Tunnelma oli turvallinen tulotilanteessa.	3	6	7	15	36	79
8. Hoitaja keskusteli kanssani osastolle tultuani	8	18	4	9	34	73
9. Minulla oli mahdollisuus kysyä hoitooni liittyvistä asioista	2	4	3	7	41	89
10. Näkemykseni omasta tilanteestani huomioitiin.	3	6	6	13	37	81
11. Tunsin luottamusta henkilökuntaan.	3	6	4	9	39	85
12. Olin tyytyväinen tulotilanteeseen akuuttipsykiatrian osastolla.	7	15	5	11	34	74

Suurin osa vastaajista (n=37) tunsivat olonsa tervetulleeksi osastolle. Miehistä 74 % ja naisista 90 % tunsivat olonsa tervetulleeksi osastolle. Niillä (n=2), jotka eivät tunteneet itseään osastolle tervetulleeksi, oli kolmas tai useampi hoitokerta.

Yli puolet (n=25) vastasi, että heille oli esitelty osaston tilat tulotilanteessa. Noin kolmannes (n=14) vastasi, että heille ei oltu esitelty osaston tiloja. Kokemus osaston esittelyn toteutumisesta ei ollut riippuvainen hoitokertojen määrästä. Kolmasosa (n=5) potilaista, joille osastoa ei heidän mielestään oltu esitelty, olivat ensimmäistä kertaa hoidossa olevia. Naiset (n=8) kokivat miehiä useammin, ettei osastoa esitelty.

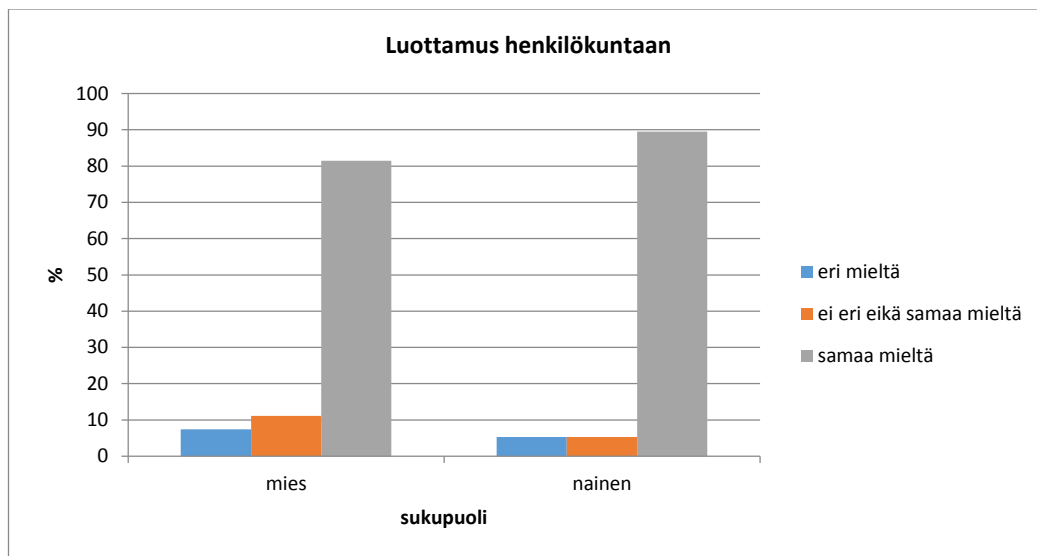
Vastaajista 79 % (n=36) koki tunnelman tulotilanteessa turvalliseksi. Tulotilanteessa tunnin sisällä lääkärin vastaanotolle päässeiden vastaajien osuus (83 %) oli turvallisen tunnelman kokemisessa suurin. (Kuvio 3). Miesten ja naisten kesken ei ollut merkittävää eroa turvallisuuden kokemisessa.



Kuvio 3. Tulotilanteen turvallinen tunnelma (N=46).

Suurin osa vastaajista (n=34) koki, että tulotilanteessa oli mahdollista keskustella hoitajan kanssa. Hoitokertojen määrä vaikutti keskustelun mahdollisuuden kokemiseen. Ensimmäistä kertaa hoidossa olleista (n=19) 64 % oli sitä mieltä, että heillä oli mahdollisuus keskustella hoitajan kanssa, kun taas toista tai useampaa kertaa hoidossa olleista (n=27) 82 % koki voineensa keskustella hoitajan kanssa tulotilanteessa. Enemmistö (n=41) koki voineensa esittää hoitoonsa liittyviä kysymyksiä. Samaa mieltä kysymisen mahdollisuudesta olevien osuus kasvoi hoitokertojen lisääntyessä. Suurin osa vastaajista (n=37) oli sitä mieltä, että heidän näkemyksensä omasta tilanteestaan huomioitiin.

Vastaajista 85 % (n=39) tunsi luottamusta henkilökuntaan. Luottamuksen tunteminen henkilökuntaa kohtaan kasvoi hoitokertojen lisääntyessä. Ensimmäistä kertaa hoidossa olleista 79 % tunsi luottamusta henkilökuntaa kohtaan, toista kertaa hoidossa olleista 84 % ja kolmatta tai useampaa kertaa hoidossa olleista 91 %. Niiden vastaajien, jotka tapasivat lääkärin tunnin kuluessa osastolle tulostaan, kokemus luottamuksesta henkilökuntaan oli suurin (98 %) ja yli viisi tuntia lääkärin tapaamista odotelleiden vastaajien pienin (67 %). Miesten ja naisten välisissä vastauksissa ei ollut suuria eroja (Kuvio 4).



Kuvio 4. Luottamus henkilökuntaan vastaajan sukupuolen mukaan (N=46).

Suurin osa vastaajista (n=35) oli tyytyväisiä tulotilanteeseen. Päiväaikaan (kello 8-16) tulleista 60 % oli tyytyväisiä tulotilanteeseen ja tyytymättömiä oli 26 %. Alkuillasta (kello 16–20) osastolle saapuneista 77 % oli tyytyväisiä tulotilanteeseen ja tyytymättömiä oli kahdeksan prosenttia. Myöhäisillasta (kello 20–24) osastolle tulleista kaikki olivat tulotilanteeseen tyytyväisiä. Yöaikaan (kello 24–08) saapuneista 75 % oli tyytyväisiä ja 25 % vastasi ei eri eikä samaa mieltä. Sukupuoli tai hoitokertojen määrä ei juurikaan vaikuttanut tyytyväisyyden kokemiseen tulotilanteessa.

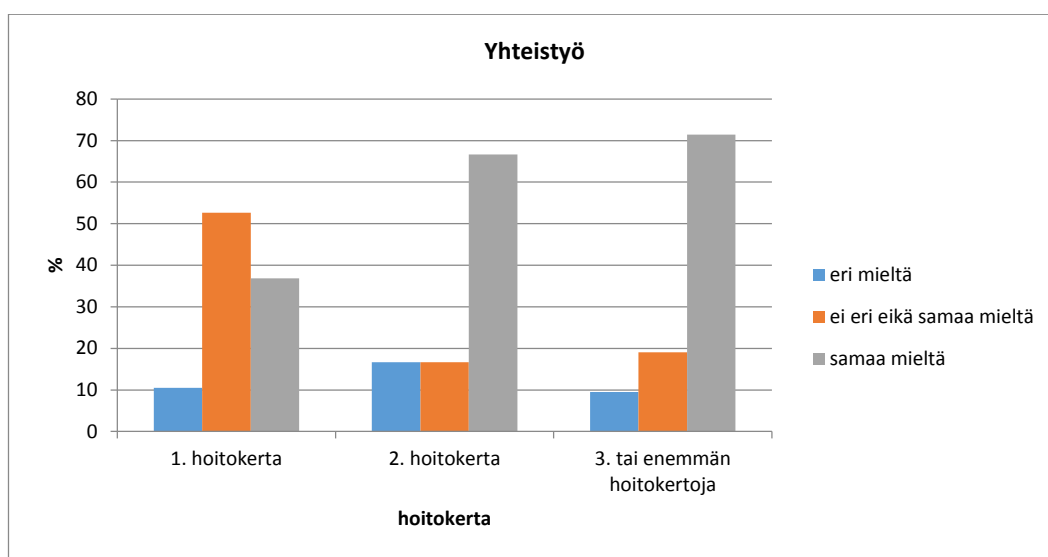
6.3 Hoitosuunnitelma tulotilanteessa

Kyselylomakkeen hoitosuunnitelma-osiossa selvitettiin potilaiden kokemuksia hoitosuunnitelman laatimisesta tulotilanteessa (Taulukko 2). Väittämät koskivat potilaan kanssa tehtävää yhteistyötä, potilaan mielipiteen huomioimista, potilaan kuulluksi ja ymmärretyksi tulemistä, omaisten mukaan ottamista, tyytyväisyyttä hoitosuunnitelman laatimisesta sekä sitä, tiesikö potilas hoitonsa tarpeet, tavoitteet ja hoitosuunnitelmansa sisällön.

Taulukko 2. Hoitosuunnitelma tulotilanteessa (N=46).

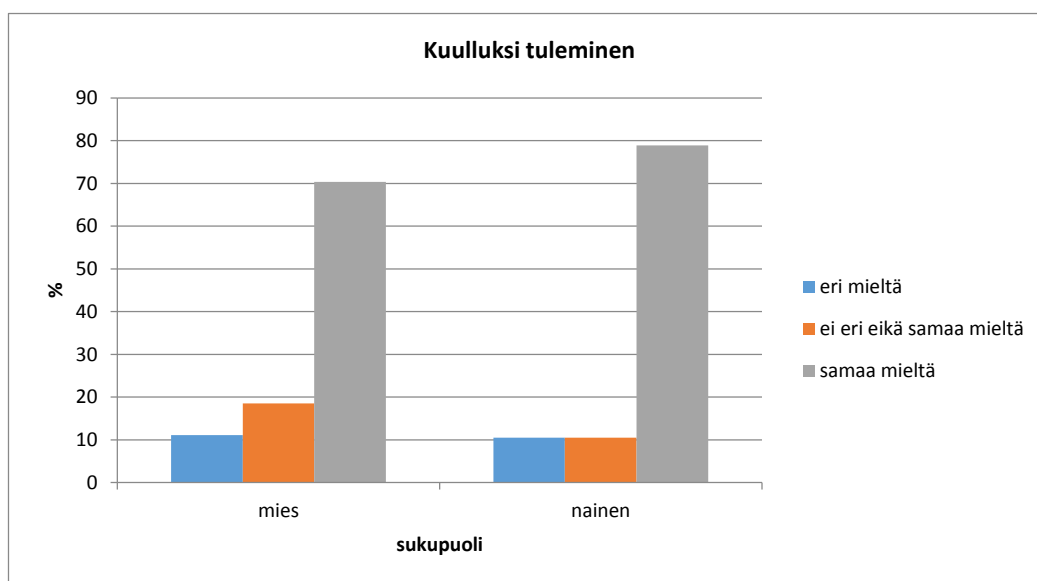
Väittämä	Asteikko					
	Eri mieltä		Ei eri eikä samaa mieltä		Samaa mieltä	
	f	%	f	%	f	%
13. Hoitosuunnitelma tehtiin yhteistyössä kanssani.	5	11	15	33	26	56
14. Mieli piteeni otettiin huomioon hoidon suunnittelussa.	4	9	15	33	27	58
15. Tulin mielestäni kuulluksi.	5	11	7	15	34	74
16. Tulin mielestäni ymmärretyksi.	3	7	10	22	33	71
17. Olin samaa mieltä hoitoni tavoitteista.	3	7	8	17	35	76
18. Hoitoni tavoitteet vastasivat omia tarpeitani.	4	9	13	28	29	63
19. Tiesin hoitosuunnitelmani sisällön.	12	26	11	24	23	50
20. Halutessani omaiset otettiin mukaan tulohaastatteluun.	12	26	10	22	24	52
21. Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä.	3	6	5	11	38	83
22. Olin tyytyväinen hoitosuunnitelman laatimiseen.	4	9	14	30	28	61

Vähän yli puolet vastaajista (n=26) koki, että hoitosuunnitelma tehtiin hänen kanssaan yhteistyössä. Yhteistyön kokemus hoitosuunnitelman laatimisessa kasvoi hoitokertojen lisääntyessä. Ensikertalaisista 37 %, toisella hoitokerralla olleista 67 % ja kolmannella tai useammalla hoitokerralla olleista 71 % koki yhteistyön hoitosuunnitelman laatimisessa toteutuneen (Kuvio 5).



Kuvio 5. Yhteistyön kokeminen hoitosuunnitelman laatimisessa (N=46).

Vastaajien kokemuksen mukaan 59 %:lla (n=27) oma mielipide otettiin huomioon hoidon suunnittelussa. Suurin osa vastaajista koki tulleen kuulluksi (Kuvio 6) ja ymmärretyksi. Vastauksissa ei ollut vaihtelua hoitokertojen määrän mukaan.



Kuvio 6. Kuulluksi tuleminen sukupuolen mukaan (N=46).

Tutkimukseen osallistuneista potilaista 75 % (n=35) oli samaa mieltä hoitosuunnitelmaan kirjatuista tavoitteista. Noin puolet vastaajista (n=24) tiesi hoitosuunnitelmansa sisällön. Miehistä 23 % (n=6) ja naisista 32 % (n=6) vastasi, ettei tiennyt hoitosuunnitelmansa sisältöä. Ensikertalaisista 32 % (n=6) ja toista tai useampaa kertaa hoidossa

olevista 67 % (n=18) tiesi hoitosuunnitelmansa sisällön. Hoitosuunnitelman laatimiseen tyytyväisiä oli 61 % (n=28) vastaajista. Tyytyväisyys hoitosuunnitelman laatimiseen kasvoi hoitokertojen lisääntyessä.

Tutkimukseen osallistuneista 51 % oli sitä mieltä, että omaiset otettiin potilaan halutessa mukaan tulohaastatteluun. Ensimmäistä kertaa hoidossa olleet kokivat muita useammin mahdollisuuden omaisten ottamiseen mukaan tulohaastatteluun.

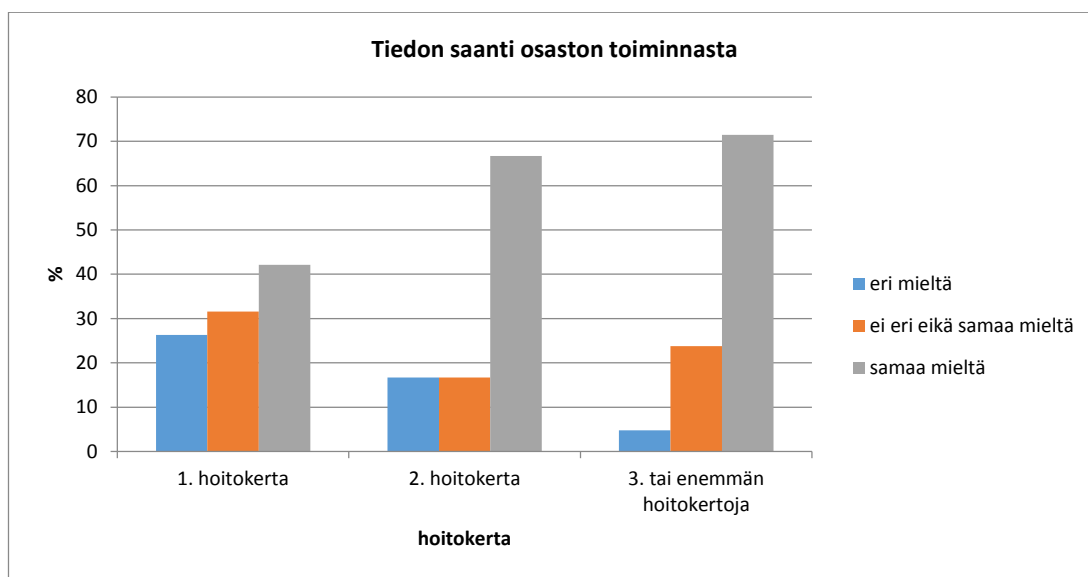
6.4 Tiedonsaanti tulotilanteessa

Kyselylomakkeen tiedonsaanti-osiossa selvityksen kohteena oli potilaan tiedonsaanti omasta hoidostaan ja osaston toiminnasta tulotilanteessa ensimmäisen vuorokauden aikana (Taulukko 3).

Taulukko 3. Tiedonsaanti (N=46).

Väittämä	Asteikko					
	Eri mieltä		Ei eri eikä samaa mieltä		Samaa mieltä	
	f	%	f	%	f	%
23. Sain tietoa osaston toiminnasta.	7	15	12	26	27	59
24. Sain riittävästi tietoa hoitoni aloituksesta.	5	11	10	22	31	67
25. Sain tietoa hoitoni etenemisestä.	6	13	15	33	25	54
26. Sain tietoa hoitoni kestosta.	10	22	14	30	22	48
27. Minulle kerrottiin vuorokauden aikana osastolle saapumisestani, kuka on omahoitajani.	12	26	5	11	29	63
28. Olin tyytyväinen tiedonsaantiin tulotilanteessa.	10	22	7	15	29	63

Vastaajista 59 % (n=27) koki saaneensa tietoa osastosta ja 15 % (n=7) ei ollut tietoa saanut, joista ensikertalaisia oli 26 % (n=5). Suurin osa toista tai useampaa kertaa hoidossa olleista koki saaneensa tietoa osaston toiminnasta (Kuvio 7).



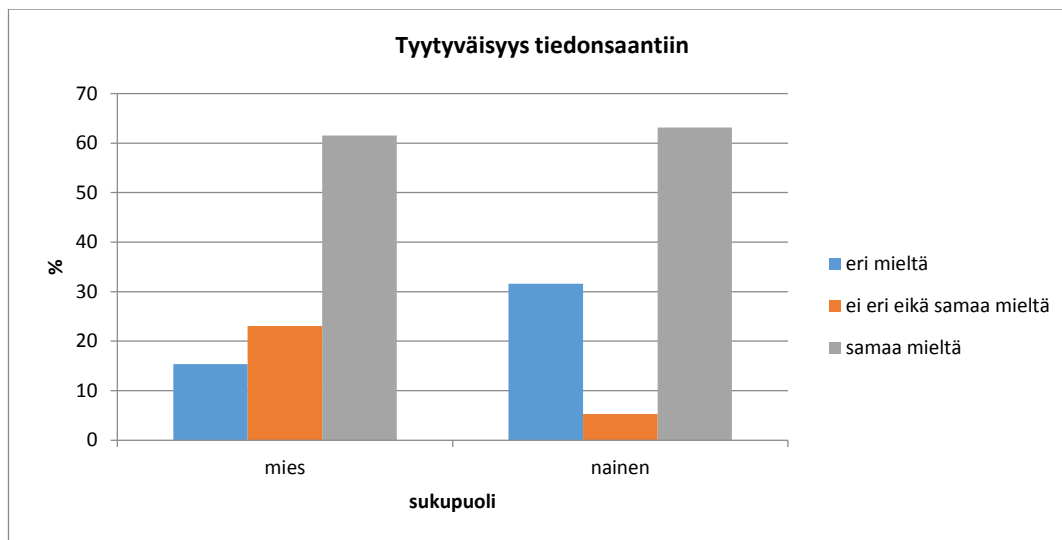
Kuvio 7. Tiedon saanti osaston toiminnasta (N=46).

Vastaajista 67 % (n=31) koki saaneensa riittävästi tietoa hoidon aloituksesta ja 13 % (n=6) koki, ettei saanut riittävästi tietoa. Naiset kokivat saaneensa tietoa hoidon aloituksesta useammin kuin miehet. Useamman kerran hoidossa olleet kokivat saaneensa paremmin tietoa hoidon aloituksesta kuin ensimmäistä kertaa hoidossa olleet. Hieman yli puolet (n=25) koki saaneensa tietoa hoidon etenemisestä. Eri mieltä tiedon saannista hoidon etenemisessä oli 33 % naisista ja neljä prosenttia miehistä. Hoitokertojen määrä ei vaikuttanut tiedon saannin kokemiseen hoidon etenemisestä.

Vastaajista 47 % (n=21) koki saaneensa riittävästi tietoa hoidon kestosta. Miehistä 19 % ja naisista 33 % koki tiedon saannin hoidon kestosta riittämättömäksi. Ne, jotka olivat hoidossa kolmatta tai useampaa kertaa, kokivat useimmin tiedonsaannin hoidon kestosta riittämättömäksi.

Tutkimukseen osallistuneista potilaista 63 % (n=29) tiesi vuorokauden sisällä, kuka on omahoitaja. Naiset tiesivät omahoitajansa vuorokauden sisällä miehiä useammin. Ensimmäisellä hoitokerralla olleista 68 %, toisella 17 % ja kolmannella tai useammalla hoitokerralla olleista 65 % tiesi vuorokauden sisällä, kuka toimi hänen omahoitajanaan. Ensikertalaisista 16 %, toisella hoitokerralla olleista 67 % ja kolmannella tai useammalla hoitokerralla olleista 24 % ei tiennyt, kuka oli omahoitaja vuorokauden kuluessa.

Tiedonsaantiin tyytyväisiä oli 63 % (n=29) ja tyytymättömiä 22 % (n=10). Naiset olivat miehiä tyytymättömämpiä tiedonsaantiin (Kuvio 8).



Kuvio 8. Tyytyväisyys tiedonsaantiin tulotilanteessa sukupuolen mukaan (N=46).

6.5 Potilaiden palautteet hoidosta

Tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen lopussa oli kaksi avointa kysymystä, joihin vastaajilla oli mahdollisuus kirjoittaa omin sanoin mielipiteitään tulotilanteesta. Ensimmäiseen kysymykseen, ”Millainen oli mielestänne tulotilanteenne, kun tulitte akuuttipsykiatrian osastolle?”, vastasi 29 (63 %) tutkimukseen osallistunutta. Yläkategorioiksi nousivat kokemukset tulotilanteesta, hoidon sisällöstä ja tiedonsaannista. Toisessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin: ”Mitä muuta haluatte sanoa tulotilanteesta?”. Tähän mielipiteensä ilmaisi 25 (54 %) vastaajista. Opinnäytetyöntekijä yhdisti kaikki avointen kysymysten vastaukset seuraavien kahden luvun alle niin, että tulotilanteesta koetut tuntemukset ovat ”Tulotilanteen kokemukset” – luvussa ja hoidon sisältöön ja tiedonsaantiin liittyvät kokemukset ovat ”Hoidon sisältö ja tiedonsaanti” – luvussa.

6.5.1 Tulotilanteen kokemukset

Tulotilannetta kuvattiin rauhalliseksi, turvalliseksi ja selkeäksi ja toisaalta pelottavaksi, sekavaksi ja epävarmaksi. Vastaajat toivat esiin asiallisen kohtelun ja hyvän vastaanoton osastolla. Mahdollisuus lepoon ja rauhallinen miljöö auttoivat osaa vastaajista.

”Rauhallinen, tulotilanne oli rauhoittava” (13).

”Tuli turvallinen olo, kun pääsin turvaan itseltäni” (15).

”Ihan hyvä, rauhallinen ja selkeä” (40).

”Pelottava. Pelkäsin” (17).

”Sekava, mutta kyllä se siitä, kun pääsin omaan huoneeseen ja nukuin” (36).

”Helpotus, kun pääsin hoitoon. Annettiin omaa tilaa ja rauhaa” (28).

”Oikeudenmukainen, epävarma” (44).

”Tulo täynnä ihmisiä olevaan aulaan oli ahdistava” (8).

”Hyvin lämmin, ystävällinen vastaanotto, myös hiukan huumoria” (42).

”Hyvää ja asiallista kohtelua, tunsin olevani tervetullut hoitoon” (45).

”Ihan ok” (36).

”Hyvä, kun sain levätä” (15).

”Rauhallinen miljöö auttoi” (13).

”Yksinäinen. Joku voisi kysyä onko kaikki hyvin. Toivon enemmän aikaa hoitajilta” (18).

”Kiitän hyvästä auttavaisesta ja ymmärtäväisestä hoidosta. Hoitajat ovat ystävällisiä, helposti lähestyttäviä ja valmiita auttamaan” (23).

”Minut otettiin hyvin vastaan, tosin olen aina ihmetellyt hoitajeni lyhyttä” (34).

6.5.2 Hoidon sisältö ja tiedonsaanti

Osa vastaajista toi palautteessaan esiin hoitosuunnitelman teon ja tiedonsaannin toteutumisen, osa antoi palautetta hoidon sisällön ja tiedonsaannin puutteista. Joissain palautteissa osastolle toivottiin päiväohjelmaa.

”Ajan kuluminen tuskastuttavan hidasta. Ei mitään ohjelmaa” (5).

”Kaipaam aamutuokioita, aamun avausta, jumppaliikkeitä” (1)

”Epävarma mitä tapahtuu, epätietoinen olo” (9).

”Tiesin, että voin kääntyä hoitajan puoleen” (28).

”Hoitosuunnitelma tehtiin sairaalan tuloa seuraavana päivänä” (7).

”Minulle ei kerrottu, miten hoitoni tulee etenemään” (31).

”Hetimitelttiin huoneita” (12).

”Olin tulotilanteen aikana hieman hämilläni siitä, että minulle ei esitelty osaston tiloja” (31).

”Ei kerrottu asioista mitään, näytettiin vain huone ja annettiin lääkkeet” (43).

”Oli tapaaminen lääkärin ja hoitajien kanssa. Sain kaikki tarvitsemani tiedot” (7).

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa akuutti-psykiatrian osastolla 22 tulohaastateltavien potilaiden tulotilanteesta. Tutkimukseen osallistuneet potilaat (N=46) arvioivat tulotilanteen kokemuksiaan sekä hoitosuunnitelman laatimisen ja tiedonsaannin toteutumista tulotilanteessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää akuutti-psykiatrian osastolla potilaiden tulotilanteen kehittämisessä.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Ensimmäisen tutkimusongelman avulla selvitettiin, millainen tulotilanne oli akuutti-psykiatrian osastolla potilaan kokemana. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli tyytyväisiä tulotilanteeseen ja tunsivat olonsa tervetulleeksi osastolle. Samaan tulokseen tulivat Haapanen (2010, 31) ja Muhonen ym. (2012, 16) tutkittuaan potilaiden vastaanottotilannetta akuutti-psykiatrian osastolla. Tutkimustulosten mukaan osaston esittely oli puutteellista. Kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, ettei osastoa oltu esitelty. Potilaan ollessa hoidossa samalla osastolla useamman kerran osaston esittely ei aina ole

tarpeen. Osaston esittelemättömyys ei selity hoitokertojen määrällä, sillä noin kolmannes ensimmäistä kertaa hoidossa olleista oli sitä mieltä, ettei osastoa esitelty tulotilanteessa.

Suurin osa vastaajista koki voineensa keskustella tulotilanteessa hoitajan kanssa ja esittää hoitoonsa liittyviä kysymyksiä kuten aiemmissakin tutkimustuloksissa todettiin (Haapanen 2010, 30; Kinnunen 2013, 33). Samaa mieltä kysymisen mahdollisuudesta olevien osuus kasvoi hoitokertojen lisääntyessä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilaan aiemmilla hoitokerroilla saama tieto ja kokemus sairaudesta ja sen hoidosta lisäävät potilaan kykyä tai halua aktiiviseen vuorovaikutukseen hoitajan kanssa verrattuna ensimmäistä kertaa hoidossa olleeseen. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että heidän näkemyksensä omasta tilanteestaan huomioitiin. Tuomiharju ja Varpula (2014, 29–30) päätyivät samankaltaisiin tutkimustuloksiin potilaan oman näkemyksen huomioimisesta tutkittuaan potilaiden osallisuutta omaan hoitoonsa psykiatrisessa laitoshoidossa.

Suurin osa vastaajista koki tulotilanteen turvalliseksi. Samoin Haapasen (2010, 31) tutkimustulosten mukaan yli 90 % koki tunnelman turvalliseksi tulotilanteessa. Myös Laitilan (2010, 158) väitöskirjan ja Muhosen ym. (2012, 16) opinnäytetyön tutkimustulokset turvallisuuden kokemisesta ovat samansuuntaisia. Suurin osa tunsu luottamusta henkilökuntaa kohtaan ja luottamus kasvoi hoitokertojen lisääntyessä. Tästä voidaan päätellä, että potilaan aiemman hoitokokemukset vaikuttavat luottamuksen syntyyn. Kokonaisuudessaan tulotilanne koettiin positiiviseksi, lukuun ottamatta puutteita osaston esittelyssä.

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää, miten tulotilanteessa tehdyn hoitosuunnitelman laatiminen toteutui potilaan näkökulmasta. Vähän yli puolet vastanneista koki osallistuneensa hoitosuunnitelman laatimiseen. Hoitokertojen lisääntyessä kokemus osallistumisesta lisääntyi. Yli puolella vastaajista oli kokemus, että oma mielipide otettiin huomioon hoidon suunnittelussa. Muhosen ym. (2012, 16) tutkimustulosten mukaan 95 % vastanneista koki mielipiteensä huomioidun tulotilanteessa akuuttipsykiatrian osastolla. Suurin osa tähän tutkimukseen osallistuneista tunsu tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi kuten myös Haapasen (2010, 27), Tuomiharjun ja Varpulan (2014,

29–30) sekä Kinnusen (2013, 33) tutkimukset osoittivat. Suurin osa tähän sekä Haapasen (2010, 30) ja Kinnusen (2013, 33) tutkimuksiin osallistuneista oli sitä mieltä, että puhuttu kieli oli ymmärrettävää.

Valtaosa oli samaa mieltä hoitosuunnitelmaan kirjatusta hoitonsa tavoitteista. Puolet kaikista vastaajista tiesi hoitosuunnitelmansa sisällön. Ensikertalaisista noin kolmasosa ja toista tai useampaa kertaa hoidossa olleista noin kaksi kolmasosaa koki olevansa hoitosuunnitelmansa sisällöstä selvillä. Tulokset ovat yhtenevät Kinnusen (2013, 33) tulosten kanssa, joiden mukaan puolet vastaajista oli osallistunut tavoitteen asettamiseen hoidolle ja tiesi hoitosuunnitelmansa sisällön. Tutkimustulokset siitä, että yli kaksi kolmasosaa potilaista koki tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi tulotilanteessa, mutta vain vähän yli puolet potilaista koki osallisuutta hoitosuunnitelmansa tekoon, ovat jotenkin ristiriitaisia. Samoin potilaan hoitosuunnitelman sisällön puutteellinen tunteminen varsinkin ensimmäistä kertaa hoidossa olleilla herättää kysymyksiä tutkijassa. Pohdittavaksi jää, tunnistaako potilas mitä hoitosuunnitelman tekeminen tulotilanteessa on. Tietääkö hän olleensa osallinen, mutta häntä ei huomioitu vai kokeeko hän, että hän ei päässyt osalliseksi hoitosuunnitelman tekoon.

Noin puolet kokivat, että potilaan halutessa omaiset otettiin mukaan tulohaastatteluun. Ensimmäistä kertaa hoidossa olleet kokivat muita useammin mahdollisuuden omaisten mukaan ottamiseen tulohaastatteluun. Kinnusen (2013, 33) tutkimustulosten mukaan vain 38 % oli sitä mieltä, että omaiset huomioitiin. Opinnäytetyöntekijän kyselylomakkeen puutteet tulevat tässä esiin. Kysymystä olisi tullut tarkentaa esimerkiksi niin, että olisi kysytty, olivatko omaiset tulotilanteessa mukana ja jos olivat, otettiin heidät mukaan tulohaastatteluun. Vastauksia saattaa vääristää se, että potilas saattoi haluta ottaa omaiset mukaan tulohaastatteluun, mutta omaisia ei ollut paikalla ja siten heitä ei otettu mukaan tulohaastatteluun.

Tutkimustuloksista voi päätellä, että tyytyväisyys hoitosuunnitelman laatimiseen lisääntyi toisella tai useammalla hoitokerralla. Kokonaisuudessaan tyytyväisiä hoitosuunnitelman laatimiseen oli 61 % vastaajista. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilaan näkökulmasta hoitosuunnitelman laatimisessa oli puutteita. Vaikka potilaat kokivat tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi, potilaan osallisuus jäi puutteelliseksi.

Myös Kokkosen (2013, 24) opinnäytetyössä todettiin hoitosuunnitelman laatimisen olleen puutteellista.

Kolmas tutkimusongelma selvitti, miten potilaan tiedonsaanti toteutui tulotilanteessa. Tutkimustuloksen mukaan hoitokertojen määrällä oli vaikutusta tiedon saannin kokemukseen. Ensimmäistä kertaa hoidossa olleet kokivat saaneensa tietoa harvemmin kuin kaksi tai useamman kerran hoidossa olleet. Noin puolet koki saaneensa tietoa osaston toiminnasta. Haapasen (2010, 30) ja Kinnusen (2013, 33) tutkimustulokset olivat samansuuntaiset, tyytymättömiä tiedon saantiin osaston toiminnasta oli noin kolmasosa vastaajista. Tutkimustuloksissa toistuu potilaan aikaisempien hoitokokemusten merkitys tiedonsaannissa. Aiemmin hoidossa olleella on jo olemassa olevaa sekä kokemukseen perustuvaa että hoidossa saatua tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta.

Tiedon saanti hoidon aloituksesta ja etenemisestä tyydytti yli puolta vastaajista. Naiset kokivat saaneensa hoidon aloituksesta enemmän tietoa kuin miehet. Useamman kerran hoidossa olleet kokivat saaneensa useammin tietoa hoidon aloituksesta kuin ensimmäistä kertaa hoidossa olleet. Hoidon kestosta riittävästi tietoa koki saaneensa noin puolet. Haapasen (2010, 30) tutkimustulosten mukaan kolmannes oli tyytymättömiä tiedonsaantiin hoidosta. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella tiedon puute hoidon etenemisestä ja hoidon kestosta on yhteydessä tulokseen, että osa potilaista ei tiennyt hoitosuunnitelmansa sisältöä.

Vastaajista 63 % tiesi vuorokauden kuluessa, kuka toimi hänen omahoitajanaan. Omahoitajansa useimmin tiesivät ensimmäistä kertaa hoidossa olevat. Ensikontaktin tärkeyttä luottamuksen ja hyvän hoitosuhteen rakentumiselle on perusteltu tässä opinnäytetyössä.

Tiedonsaannin riittämättömyys tuli esiin tutkimuksessa. Kokonaisuudessaan tiedonsaantiin tyytyväisiä oli 63 %. Samaan tulokseen tuli Kinnunen (2013, 33) tutkiessaan potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta. Myös Haapasen (2010, 31) tutkimustulosten mukaan potilaiden tiedonsaannissa oli puutteita akuuttipsykiatrian osastolla. Tässä tutkimuksessa ei tutkittu, mitkä tekijät vaikuttavat potilaan kokemukseen tiedonsaannista. Syitä voi olla monia, aina potilasohjauksen puutteellisuudesta poti-

laan psyykkisestä voinnista johtuvaan tiedon vastaanottamisen rajoittumiseen. Tiedon-saantiin tulee tutkimustulosten mukaan joka tapauksessa kiinnittää enemmän huomiota potilaan hoitamisessa.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden edellytyksenä on tieteellisten tutkimuk-sen kriteerien mukaan toteutettu tutkimus. Mittaus on luotettava, kun validiteetin ja reliabiliteetin vaatimukset täyttyvät. Validiteetti tarkoittaa pätevyyttä. Validiteetti ku-vaa sitä, onko mitattu juuri sitä, mitä piti mitata. Tarkoin määritellyt mitattavat käsit-teet ja muuttujat mahdollistavat validit mittaustulokset. Kysymysten tulee mitata oi-keita asioita niin, että ne kattavat tutkimusongelman kokonaan. Validiteettia voi hei-kentää mittareiden epätarkkuus, erilaiset mittaukseen vaikuttavat tekijät tai mittaus-menetelmä. Mittauksen reliabiliteetti kuvaa mittarin ei-sattumanvaraisten tulosten tuottamiskykyä. Mittarin reliabiliteetti tarkoittaa virheetöntä mittaamista ja luotettavaa mittaria. Reliabiliteetilla viitataan tulosten tarkkuuteen ja pysyvyyteen. Tutkimustu-lokset tulee olla toistettavissa myös muissa tutkimuksissa tai tilanteissa. Reliabiliteetin puutteellisuus voi aiheutua satunnaisvirheistä, kuten mittaus- tai käsittelyvirheistä. Otoksen koko vaikuttaa tulosten tarkkuuteen. Pienen otoksen tulokset ovat sattuman-varaisempia kuin ison otoksen tulokset. (Heikkilä 2014, 27–28, 175–178; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190, Metsämuuronen 2009, 74–75, 125.)

Luotettavan tutkimuksen aineiston kerääminen tulee suunnitella hyvin. Tämä tutkimus toteutettiin käyttämällä primaariaineistoa, joka kerättiin tätä opinnäytetyötä varten. Mittarina käytettiin opinnäytetyöntekijän laatimaa strukturoitua kyselylomaketta. Mit-tauksen luotettavuutta lisäsi se, että kyselylomakkeen kysymyksillä saatiin vastaukset niihin kysymyksiin, joilla haettiin vastauksia tutkimusongelmiin. Perustana kyselylo-makkeelle on luotettava ja kattava kirjallisuuskatsaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113–114.)

Kirjallisuuskatsauksen laatimisessa tulee olla kriittinen. Olemassa olevien tutkimusten käyttämisessä tulee miettiä tutkimuksen ikä ja käyttää mahdollisimman tuoreita tutki-muksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 92–93.) Tässä opinnäytetyössä

käytetty materiaali on vuodelta 2010 ja sitä uudempaa. Ennen tiedon hakua määriteltiin hyväksymiskriteerit. Tiedonhaku tehtiin käyttäen useita luotettavia sähköisiä tietokantoja sekä manuaalisesti etsien.

Potilaskyselyn valmistumisen jälkeen aineisto järjesteltiin ja tarkistettiin ja muuttujat määriteltiin huolellisesti. Yhtään kyselylomaketta ei tarvinnut hylätä aineiston tarkastamisen jälkeen. Aineisto syötettiin tarkasti Excel-taulukkolaskentaohjelmaan havaintomatriisiksi, tiedot tarkistettiin ja analysoitiin Tixel-tilasto-ohjelmaa hyödyntäen. Tiedoston tallentamisen jälkeen tiedot tarkistettiin vielä uudelleen ja otettiin varmuuskopio. Tutkimusaineisto säilytettiin asianmukaisella tavalla.

Luotettavassa tutkimuksessa otos on riittävän suuri ja edustava. Vastausprosentin tulee olla korkea. (Heikkilä 2014, 175–178; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää korkea vastausprosentti, joka oli 92. Kyselylomakkeet jaettiin viiden kuukauden aikana 50 potilaalle. Opinnäytetyöntekijälle palautui 46 täytettyä kyselylomaketta. Tämä tutkimus ei ole riittävän suuri kuvaamaan yleisesti koko Suomen akuuttipsykiatrian osastojen tulotilannetta. Tutkimus on kohdistettu juuri tiettyyn akuuttipsykiatrian osastoon ja tutkimustuloksia voidaan käyttää hyödyksi juuri tällä osastolla.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tieteellisen toiminnan lähtökohtana on tutkimuksen eettisyys. Tutkijan eettisiin vaatimuksiin kuuluu muun muassa älyllinen kiinnostus uuden tiedon hankkimista kohtaan, tunnollisuus ja rehellisyys sekä ihmisarvon kunnioitus. Tutkijalla on sosiaalinen vastuu siitä, että tutkimustuloksia käytetään eettisten vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkija edistää ammatinharjoittamista ja tutkimuksen tekemisen mahdollisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 211–212.)

Tutkittavan turvallisuus ja oikeudet tulee turvata tutkimustyössä. Tutkittavalla on oltava yksityisyyden suoja. Tutkimuksessa tulee turvata tutkimukseen osallistuvan anonymiteetti sekä fyysinen ja psyykkinen koskemattomuus. Ihmiseen kohdistuvassa tutkimustyössä tulee selittää tutkittavalle tutkimuksen menetelmät ja tavoite. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja siitä tulee voida kieltäytyä tai keskeyttää

osallistumisensa ilman, että siitä tulee seuraamuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 213–214.)

Tutkimustyössä on noudatettava tiedeyhteisön hyväksymiä toimintatapoja, jotta tutkimus on eettisestä näkökulmasta hyväksyttävä ja tulokset luotettavia. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallennuksessa ja raportoinnissa sekä tutkimustulosten arvioinnissa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee noudattaa tieteellisen tutkimuksen kriteereitä. Tutkimuksen toteuttamiseen kuuluu avoimuus ja vastuullisuus tutkimuksen tulosten julkaisemisessa. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi toteutetaan tieteellisen tiedon vaatimusten mukaisesti. Tutkimusluvat tulee hankkia tieteellisen tutkimusten vaatimusten mukaan. Tutkimukseen osallistujien oikeudet ja aineiston käyttöoikeudet sovitaan niin, että kaikki osapuolet hyväksyvät ne. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tämä opinnäytetyö tehtiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimuksessa noudatettiin huolellisuutta ja tarkkuutta. Aineisto säilytettiin asianmukaisella tavalla ja tutkittavien yksityisyyden suojaa kunnioitettiin. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa. Tutkimuksessa saatuja tietoja käsitellään henkilötietolain (523/1999, 14§) edellyttämällä tavalla. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen opinnäytetyöntekijä hävittää kyselylomakkeet viemällä ne tuhottaviin paperijätteisiin.

7.4 Ammatillisen kehityksen arviointi

Olen perehtynyt psykiatrisen potilaan hoidon aloittamiseen ja tulotilanteeseen syvällisesti. Aihe on lähellä sydäntäni ja kiinnostaa minua paljon. Olen saanut uutta näkökulmaa asiaan ja syventänyt tietojani. Opinnäytetyötä tehdessäni olen saanut uutta tietoa potilaan kohtaamisen ja hoidon varhaisen aloittamisen merkityksestä. Olen entistä kiinnostuneempi kehittämään hoitotyötä akuuttipsykiatrian osastolla.

Opinnäytetyön edetessä olen vakuuttunut siitä, että lyhentyneiden hoitoaikojen myötä on erittäin tärkeää tarttua potilaan hoitoon aktiivisesti heti tulotilanteesta alkaen. Potilaan osallisuudessa omaan hoitoonsa on edelleen paljon kehitettävää. Ymmärrykseni

potilaan tulotilanteen tärkeydestä on laajentunut. Ensikontaktilla on vaikutusta moneen asiaan potilaan hoidossa. Sain paljon tietoa, mitä voin tulevana sairaanhoitajana jatkossa hyödyntää työssäni.

Tutkimuksen tekeminen oli erittäin mielenkiintoista. Alussa kyselylomakkeen laatimisessa oli haasteita, mutta lopulta se onnistui. Jälkikäteen ajateltuna kyselylomakkeessa olisi voinut esittää joitain kysymyksiä tarkemmin. Tutkimustulosten tarkastelu oli kiinnostavaa. Teoriaosuuden kirjoittaminen oli antoisaa. Tiedonhakutaitoni parani ja opin kriittisyyttä lähteiden käytössä. Opin paljon tutkimuksen tekemisen eri vaiheista opinnäytetyötä tehdessäni ja ajattelutapani kehittyi prosessin myötä. Opinnäytetyön tekeminen on ollut tietynlainen kasvun paikka sekä ammatillisesti että ihmissenä.

7.5 Jatkotutkimusaiheet

Mielestäni jatkossa kannattaisi tutkia lisää psykiatrisen potilaan osallisuutta hänen omassa hoidossaan. Potilaan osallisuudella on vaikutusta moneen asiaan, mutta tämänkin tutkimuksen tulosten mukaan potilaan osallisuus oli puutteellista. Olisi mielenkiintoista tutkia, millä keinoin potilas voisi olla enemmän mukana oman hoitonsa päätöksenteossa.

Toinen tärkeä jatkotutkimuksen kohde voisi olla se, miten edistää potilaan tehokasta hoidon aloittamista. Pitäisi miettiä, millaisia keinoja hoitajalla voisi olla potilaan hyvän ja tehokkaan tulotilanteen sekä hoidon nopean alkamisen varmistamiseen.

LÄHTEET

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Hoitotyön prosessi potilaan hoidon suunnittelun työvälineenä. Sairaanhoitaja-lehti 27.10.2014. Viitattu 27.1.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>

Armstrong, A. 2010. Nursing ethics. A Virtue-Based Approach. Hampshire: Pallgrave Macmillian.

Egan, G. 2014. The Skilled Helper: A problem-management and opportunity-development approach to helping. 10th edition. Belmont, California: Brooks/Cole Cengage Learning.

Fredriksson, S. & Pelanteri, S. 2014. Psykiatrin erikoissairaanhoito 2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 3.2.2016.

Gröndahl, W. & Leino-Kilpi, H. (toim.) 2013. Potilaslähtöinen hoidon laatu – näkökulma arviointiin. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:67/2013, 35.

Haapanen, B. 2010. Potilaan vastaanottaminen akuutti-psykiatrisella osastolla - potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.3.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201004176562>

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Oy

Henkilötietolaki 1999. L 22.4.1999/523.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114909/Tr05_14.pdf?sequence=4

Juutilainen, S. & Pönkkä, H. 2014. Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen akuutti-psykiatrisessa hoitotyössä. AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.1.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405045674>

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro OY.

Kapanen, H., & Leinonen, A. 2014. Kokemuserviointi: Tampereen yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian toimialueen akuutti-psykiatrian osasto APS7. Hoitoon ohjautuminen, hoito ja avohoitoon siirtyminen. Viitattu 27.1.2016. <http://www.pshp.fi>

Kilkku, N. 2012. Luottamuksesta yleisesti ja erityisesti ensipsykoosipotilaan hoidossa. Julkaisusta H. Honkanen, L. Kiviniemi & J. Kylmä (toim.) 2012. Piiriltä yliopiston kautta siviiliin. Dosentti Merja Nikkosen juhlaKirja. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 9. Viitattu 1.2.2016. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-088-6>

Kimby, L., Marusz, M. & Erdner, A. 2012. Sjuksköterskans upplevelser av patienter med psykossjukdom och deras delaktighet i den psykiatriska öppenvården. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Ersta Sköndal Högskola. Viitattu 26.1.2016. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:esh:diva-1584>

Kinnunen, A. 2013. Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 26.1.2016. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20130421>

Kokkonen, I. 2013. Sairaanhoitajien kokemukset hoitosuunnitelman laatimisesta. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.1.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085285>

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro OY.

Kääriäinen, M. 2010. Näkökulmia asiakaslähtöiseen potilasohjaukseen. Teoksesta A. Jauhiainen (toim.). Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0224-5>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. L 17.8.1992/785.

Luutonen, S., Tikka, M., Nieminen, M., From, T. & Salokangas, R. 2011. Takuulla hoitoon – mutta millaiseen? VARHAIN-tutkimus psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynnistymisestä. Suomen lääkärilehti 43, 3227 – 3231. Viitattu 26.1.2016. <http://laakarilehti.fi>

Meriläinen, L. & Partinen, A. 2011. Turvallisuuden tunteen ilmeneminen yhteisöhoitossa. AMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 1.2.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011113016599>

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Mielenterveyslaki 1990. L 14.12.1990/1116.

Mikkola, M., Rintanen, H., Nuortela, I., Kovasin, M. & Erhola, M. 2015. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Raportti 8/2015. Viitattu 2.6.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-472-4>

Moss, B. 2012. Communication skills in Health & Social Care. 2nd edition. London: Sage Publications Ltd.

Muhonen, K., Sorjonen, L. & Viiankorpi, A. 2012. Potilastyytyväisyys akuutti-psykiatri-
sella vastaanotto-osastolla. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
Viitattu 26.1.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201202272584>

Osasto 22, Harjavallan sairaala. Satakunnan sairaanhoitopiiri, psykiatria. Osastoesite
2016.

Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta. Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja
terveysalalla. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Riley, J. B. 2012. Communication in Nursing. 7th edition. Missouri: Elsevier Inc.

Ruskovaara, H-R. & Tyni, R. 2014. Potilaan hyvä vastaanottotilanne aikuispsykiatri-
sella kuntouttavalla osastolla: Hoitohenkilökunnan näkökulmia. AMK-opinnäytetyö.
Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.1.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201403062875>

Sairio-Sabell, E. Osastonhoitaja, akuutti-psykiatrian osasto 22, Harjavallan sairaala.
Harjavalta. Henkilökohtainen tiedonanto. 1.2.2016.

Salo, M. & Hyväri, S. (toim.) 2011. Kokemalla kohdattu tutkimalla tulkittu. Psykiat-
rinen osastohoito ja asunnottomien tukipalvelut kokemuservioinnin kohteina. Hel-
sinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Sandvik, M. 2015. Hoitosuunnitelma työvälineenä moniammatillisessa yhteistyössä.
Viitattu 27.1.2016. [http://www.syomishairioliitto.fi/arkisto/Syomishairiopaivat2015-
esitykset/Marjo-Sandvik-2.pdf](http://www.syomishairioliitto.fi/arkisto/Syomishairiopaivat2015-esitykset/Marjo-Sandvik-2.pdf)

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain
hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro OY.

Satakunnan sairaanhoitopiiri www-sivut 2016. Akuutti-psykiatrian osasto 22. Viitattu
27.1.2016 <http://www.satshp.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009. L 17.8.2009/298.

Sundman, Tuuli. 2013. Hoitajien kokemuksia omahoitajatyöskentelystä psykiatrisella
kuntoutusosastolla. AMK-opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu
5.2.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013061214007>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos www-sivut 2016. Laatu ja potilasturvallisuus. Vii-
tattu 2.2.2016. <http://www.thl.fi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-472-4>

Terveydenhuoltolaki 2010. L 30.12.2010/1326.

Tiainen, T. 2013. Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa ja siihen vaikuttavat tekijät:
Akuutti-psykiatrian osaston hoitohenkilökunnan näkemyksiä. AMK-opinnäytetyö.
Vaasan ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.1.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013121621400>

Tuomiharju, L. & Varpula, J. 2014. Potilaiden osallisuus omaan hoitoonsa psykiatriassa laitoshoidossa. AMK-opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.2.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014120117731>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 6.2.2016. www.tenk.fi

Valvira www-sivut 2016. Ohje hoitosuunnitelmasta Dnro 4141/06.00.00.05/2015. Viitattu 26.1.2016. <http://www.valvira.fi/>

SAATEKIRJE

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teen opiskeluihini liittyvän opinnäytetyön potilaan tulotilanteesta akuuttipsykiatrian osastolla. Työn tiilajana on Harjavallan sairaalan akuuttipsykiatrian osaston osastonhoitaja Sairio-Sabell.

Olette saanut kyselylomakkeen, koska olette saapunut akuuttipsykiatrian osastolle 22 ja tulohaastattelu on tehty osastolla. Pyydän Teitä ystävällisesti täyttämään kyselylomakkeen ja palauttamaan sen oheisessa kirjekuoressa osaston kansliassa olevaan laatikkoon. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä eikä vastaajan henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa kenellekään. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Huomiottehan, että vastaaminen on tärkeää, jotta potilaiden tulotilannetta akuuttipsykiatrian osastolla voidaan kehittää saatujen vastausten perusteella. Aineistonkeruuseen on saatu asianmukainen lupa.

Mikäli Teillä on jotain kysyttävää tutkimuksesta, voitte ottaa yhteyttä osastonhoitajaan tai minuun.

Osastonhoitaja Eija Sairio-Sabell puh. 02-535 4508

Opinnäytetyöntekijä Annamari Ruutiainen

annamari.ruutiainen@student.samk.fi

Kiitos vaivannäöstänne!

Annamari Ruutiainen

POTILASKYSELY

Harjavallan sairaala, osasto 22

A. TAUSTATIEDOT

Ympyröikää oikea vaihtoehto.

1. Sukupuoli:

- 1 Mies
- 2 Nainen

2. Monesko hoitojakso tämä on psykiatrisessa sairaalassa?

- 1 Ensimmäinen
- 2 Toinen
- 3 Kolmas tai enemmän

3. Mihin aikaan saavuitte sairaalaan?

- 1 klo 8.00 - 16.00
- 2 klo 16 jälkeen – klo 20
- 3 klo 20 jälkeen – klo 24
- 4 klo 24 jälkeen – ennen klo 8

4. Kuinka pian tapasitte lääkärin?

- 1 1 tunnin sisällä
- 2 3 tunnin sisällä
- 3 5 tunnin sisällä
- 4 yli 5 tunnin jälkeen

B. TIEDOT TULOTILANTEESTA

Seuraavat väittämät koskevat tulotilannetta, hoitosuunnitelmaa tulotilanteessa ja tiedonsaantia tulotilanteessa. Väittämissä viitataan **ensimmäiseen vuorokauteen** (24h) osastolle saapumisesta.

Ympyröikää kokemuksenne mukaan oikea mielipide väittämien kohdalla seuraavista vaihtoehdoista: **1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3= Ei eri eikä samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä**

Tulotilanne (ensimmäinen vuorokausi)	täysin eri mieltä	jok- seen- kin eri mieltä	ei eri eikä sa- maa mieltä	jok- seen- kin sa- maa mieltä	täysin samaa mieltä
5.Tunsin oloni tervetulleeksi osastolle.	1	2	3	4	5
6.Minulle esiteltiin osaston tilat.	1	2	3	4	5
7.Tunnelma oli turvallinen tulotilanteessa.	1	2	3	4	5
8.Hoitaja keskusteli kanssani osastolle tultuani.	1	2	3	4	5
9.Minulla oli mahdollisuus kysyä hoitooni liittyvistä asioista.	1	2	3	4	5
10.Näkemykseni omasta tilanteestani huomioitiin.	1	2	3	4	5
11.Tunsin luottamusta hoitohenkilökuntaan.	1	2	3	4	5
12.Olin tyytyväinen tulotilanteeseen akuuttipsykiatrian osastolla.	1	2	3	4	5

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3= Ei eri eikä samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Hoitosuunnitelma (tulotilanteessa)	täysin eri mieltä	jok- seen- kin eri mieltä	ei eri eikä sa- maa mieltä	jok- seenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
13.Hoitosuunnitelma tehtiin yhteistyössä kanssani.	1	2	3	4	5
14.Mielipiteeni otettiin huomioon hoidon suunnittelussa.	1	2	3	4	5
15.Tulin mielestäni kuulluksi.	1	2	3	4	5
16.Tulin mielestäni ymmärretyksi.	1	2	3	4	5
17.Olin samaa mieltä hoitoni tavoitteista.	1	2	3	4	5
18. Hoitoni tavoitteet vastasivat omia tarpeitani.	1	2	3	4	5
19.Tiesin hoitosuunnitelmani sisällön.	1	2	3	4	5
20.Halutessani omaiset otettiin mukaan tulohaastatteluun.	1	2	3	4	5
21.Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä.	1	2	3	4	5
22. Olin tyytyväinen hoitosuunnitelman laatimiseen.	1	2	3	4	5

Tiedonsaanti	täysin eri mieltä	jok- seen- kin eri mieltä	ei eri eikä sa- maa mieltä	jok- seenkin samaa mieltä	täysin samaa- mieltä
23.Sain tietoa osaston toiminnasta.	1	2	3	4	5
24.Sain riittävästi tietoa hoitoni aloituksesta.	1	2	3	4	5
25.Sain tietoa hoitoni etenemisestä.	1	2	3	4	5
26.Sain tietoa hoitoni kestosta.	1	2	3	4	5
27. Minulle kerrottiin vuorokauden aikana osastolle saapumisestani, kuka on omahoitajani.	1	2	3	4	5
28.Olin tyytyväinen tiedonsaantiin tulotilanteessa.	1	2	3	4	5

C. AVOIMET KYSYMYKSET

29. Millainen oli mielestänne tulotilanteenne, kun tulitte akuuttipyskiatrian osastolle?

30. Mitä muuta haluatte sanoa tulotilanteesta (ensimmäinen vuorokausi osastolla)?

Palautattehan kyselylomakkeen oheisessa kirjekuoressa osaston kansliaan.

Kiitos vastauksestanne!

KIRJALLISUUSKATSAUS

tietokanta	hakusanat ja hakutyyppi, opinnäytteet	tulokset	hyväksytyt
Medic	potilaan tulohaast* AND * psykiatr*AND	162	0
	hoitotyö AND laatu	11	0
	hoito* AND mielenterv*	199	0
	osallis* AND psyk*	30	1
	"patient satisfaction" AND psych*	7	0
Theseus	tulotil? or hoitosuun?	13	1
	psyk? and osast?	486	1
	tulohaast?	222	0
	poti? and vastaano?	71	2
	potil? AND osall?	151	1
Nelli	tulotilan? ja psyk?	17	1
	potil? ja tulot?	40	0
Primo Central	patienter AND upplevelser	163	1
UEF Elec- tronic Pub- lications	hoitot? AND laat? AND vastaano?	123	1

Hyväksymiskriteerit:

- Tutkimuksen tulee käsitellä psykiatrasta hoitoa
- Tutkimuksen tulee koskea 18-64 -vuotiaita
- Tutkimuksen tulee olla vuodelta 2010 tai sen jälkeen
- Kaikki tutkimusasetelmat hyväksytään

Medic:

Tekijä: Laitila Minna

Nimike: Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa.

Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta väitöskirja. 2010

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0224-5>

Theseus:

Tekijä: Haapanen Beda

Nimike: Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla - potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta

Laurea-ammattikorkeakoulu 2010

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201004176562>

Tekijät: Juutilainen Saila & Pönkkä Heidi

Nimike: Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä

Tampereen ammattikorkeakoulu 2014

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405045674>

Tekijät: Muhonen Katri, Sorjonen Lea & Viiankorpi Aliisa

Nimike: Potilastyytyväisyys akuuttipsykiatrisella vastaanotto-osastolla

Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2012

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201202272584>

Tekijät: Ruskovaara Henna-Riikka & Tyni Rakel

Nimike: Potilaan hyvä vastaanottotilanne aikuispsykiatrisella kuntouttavalla osastolla:

Hoitohenkilökunnan näkökulmia

Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2014

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201403062875>

Tekijä: Tiainen Tytti

Nimike: Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa ja siihen vaikuttavat tekijät: Akuuttipsykiatrian osaston hoitohenkilökunnan näkemyksiä

Vaasan ammattikorkeakoulu 2013

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013121621400>

Nelli:

Tekijät: Luutonen Sinikka, Tikka Maria, Nieminen Mervi & From Tiina & Salokangas Raimo

Nimike: Takuulla hoitoon – mutta millaiseen? VARHAIN-tutkimus psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynnistymisestä. Suomen lääkärilehti 43/2011

www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto43_2.pdf

UEF Electronic Publications:

Tekijä: Kinnunen Asko

Nimike: Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta.

Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen pro-gradu-tutkielma 2014

<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20130421>

Primo Central:

Tekijä: Kimby Louise, Marusz Marika & Erdner Anette

Nimike: Sjuksköterskans upplevelser av patienter med psykossjukdom och deras delaktighet i den psykiatriska öppenvården

Ersta Sköndal Högskola 2012

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:esh:diva-1584>



SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Annamari Ruutiainen

Opiskelijanumero: 1400128

Aloitusryhmä: AHT14KR

Koulutusohjelma: hoitotyön aikuiskoulutusohjelma, sairaanhoitaja

Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite:

Ritva Pirilä, ritva.pirila@samk.fi, puh. 044 710 3559, Samk, Rauma

Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite:

Eija Sairio-Sabell, osastonhoitaja osasto 22, Harjavallan sairaala. eija.sairio-sabell@satshp.fi Puh. 02-5354553, Sairaalanatie 14, Harjavalta.

Opinnäytetyön nimi:

Potilaan tulotilanne akuutti-psykiatrian osastolla

Työn etenemisaikataulu: Potilaskysely noin 4 kk ajan

Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.

Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.

Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.

Olemme lukueneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.

Päiväys: 18.5.2015

Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvennys:

Eija Sairio-Sabell, osastonhoitaja
Eija Sairio-sabell

Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys:

[Signature] *Eeva-Liisa Merito*

Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus:

[Signature]
Lehtori Ritva Pirilä

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:

Annamari Ruutiainen
Annamari Ruutiainen

Sopimusehdot

Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.

Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.

Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.

Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.

Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadutuksesta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästymisestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.

Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa. Opinnäytetyösopimus yhteystietoineen tallennetaan yhteystietojen liitteeksi SAMKin asiakkuudenhallintajärjestelmään Yrinetiin. Tallentamisesta on laadittu henkilötietolain 539/1999 mukainen rekisteriseloste.

Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-huomppaamalla terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN LUPAHAKEMUS

Hakija/ Hakijat	Nimi/nimet Annamari Ruutiainen	Opiskelu- tai työpaikka Samk, Stenius Rauma
		Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)
	Email: annamari.ruutiainen@student.samk.fi	Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
Kuvaus	TUTKIMUKSEN / OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto) LIITTEET, opinnäytetyösuunnitelma (ks. erill. ohje) Potilaan tulotilanne akuuttipsykiatrian osastolle. Kvantitatiivinen tutkimus, potilaskysely.	
Aiheen valinta	Opinnäytetyöstä on keskusteltu sairaanhoitopiirin edustajan kanssa ja olen saanut periaatteellisen hyväksynnän opinnäytetyön valmistelun käynnistämiseksi. <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, kenen kanssa: ylihoitaja Paula Ranne, ylilääkäri Teemu Elo <input type="checkbox"/> Ei	
Oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot e-mail puh.	Päiväys <u>22. 5. 2015</u>  Allekirjoitus ja nimenselvennys Ritva Pirilä E-mail: ritva.pirila@samk.fi Puh: 044 7103559	Päiväys _____ Allekirjoitus ja nimenselvennys E-mail: Puh:
Opiskelijan/ tutkijan sitoumus	Sitoudun noudattamaan sairaanhoitopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta ja hyvää tutkimuskäytäntöä. Sitoudun toimittamaan opinnäytetyön/tutkimuksen tuloksista raportin sairaanhoitopiiriin joko sähköisesti tai paperiversiona. Päiväys: <u>21. 5. 15</u>  Allekirjoitus ja nimenselvennys Annamari Ruutiainen	



Hoitotyön kehittämisy- hmän lausunto	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Lupaa ei puolleta, perustelut liitteessä <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: <u>3.6.2015</u> <u>[Signature]</u> Päiväys: Allekirjoitus ja nimenselvennys <u>PAULI ASIKAINEN</u> <u>Hanne YH</u>	
Eettinen toimikunta	<input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____._____._____ <input checked="" type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita.	
Tutkimus- luvan myöntämine n	Sairaanhoidopiirin toimialueen / yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö / tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää): <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetä, perustelut:	
Ylihoitaja(t) Palvelupääll- ikö(t)	Päiväys: <u>21.5.2015</u> <u>[Signature]</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys <u>Taina Ranne</u>	Päiväys: _____._____._____ Allekirjoitus ja nimenselvennys
Ylilääkäri(t)	Päiväys: <u>21.5.2015</u> <u>[Signature]</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys <u>Teemu Elo</u>	Päiväys: _____._____._____ Allekirjoitus ja nimenselvennys